



”ON VAIKEA HOITAA, JOS EI OLE YHTEISTÄ KIELTÄ”

Hoitohenkilöstön kokemuksia monikult-
tuurisen hoitotyön haasteista

Ellamaria Lehtonen

Linda Välimaa

Opinnäytetyö
Marraskuu 2017
Sairaanhoitajakoulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajakoulutus

LEHTONEN ELLAMARIA & VÄLIMAA LINDA:

”On vaikea hoitaa, jos ei ole yhteistä kieltä”

Hoitohenkilöstön kokemuksia monikulttuurisen hoitotyön haasteista

Opinnäytetyö 53 sivua, joista liitteitä 5 sivua
Marraskuu 2017

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitohenkilöstön kokemia haasteita monikulttuurisessa hoitotyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella. Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää, minkälaisia haasteita hoitohenkilöstö koki monikulttuurisessa työskentelyssä ja millaisia kehitysehdotuksia hoitohenkilöstöllä oli. Tavoitteena oli lisätä tietoa monikulttuurisen hoitotyön haasteista terveydenhuollon ammattilaisille ja terveysalan opiskelijoille sekä löytää keinoja monikulttuurisen hoitotyön kehittämiseen. Opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää. Aineistona toimi valmis aineisto, joka oli kerätty verkkokyselynä (N 435) osana vuonna 2016 tehtyä monikulttuurisuushanketta. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Tulokset osoittivat, että haasteeksi monikulttuurisessa hoitotyössä koettiin kieleen liittyvät haasteet, kulttuurisen tiedon puute, hoitoon kohdistuvat odotukset, hoitohenkilöstön ja potilaiden asenteet, läheisten osallistuminen hoitoon sekä ajankäyttö ja aikataulujen noudattaminen. Kehitysehdotuksina hoitohenkilöstöllä oli koulutuksen lisääminen, materiaalin helppo saatavuus, asenteisiin puuttuminen sekä kielelliset avut ja ohjeistukset.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että monikulttuurisessa hoitotyössä on paljon toisiinsa yhteydessä olevia haasteita. Kulttuurien ymmärtämistä pidetään tärkeänä ja koulusta kaivataan erityisesti kulttuurisen tiedon puutteeseen. Kehitysehdotuksena esitetään hoitohenkilöstön säännöllistä kouluttamista. Sen avulla hoitohenkilöstön monikulttuurinen osaaminen lisääntyy ja monikulttuurisen hoitotyön mahdollistaminen helpottuu. Jatkotutkimusehdotuksena on selvittää koulutuksen vaikutusta hoitohenkilöstön kokemuksiin haasteisiin ja monikulttuuriseen osaamiseen.

Asiasanat: monikulttuurisuus, kulttuurinen moninaisuus, kulttuurinen kompetenssi, monikulttuurisuus hoitotyössä

ABSTRACT

Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Nursing

LEHTONEN ELLAMARIA & VÄLIMAA LINDA:

”It is Difficult to Nurse without Shared Language”

Challenges of Cultural Diversity: Experiences of Health Care Professionals

Bachelor's thesis 53 pages, appendices 5 pages
November 2017

The aim of this study was to explore the challenges of cultural diversity in health care as experienced by the professionals in the Pirkanmaa Hospital District, and to determine their opinions on how to improve the system to overcome these difficulties.

The data were taken from an online questionnaire which was conducted as a part of a cultural diversity initiative in 2016. The sample consisted of health care professionals (N= 435) and the data were analyzed using qualitative content analysis.

The results suggested that the challenges were the language barrier, the lack of knowledge of other cultures, expectations about the care, attitudes, the participation of relatives, and adhering to set rules and schedules. The staff wished for more training and easier access to helpful material about different cultures.

The findings indicate that health care professionals find cultural diversity to create multiple challenges. Understanding other cultures is considered important and further training is required in order to work effectively in a culturally diverse environment. Further research is required to learn whether continuous training would affect the way the staff experiences cultural diversity in health care.

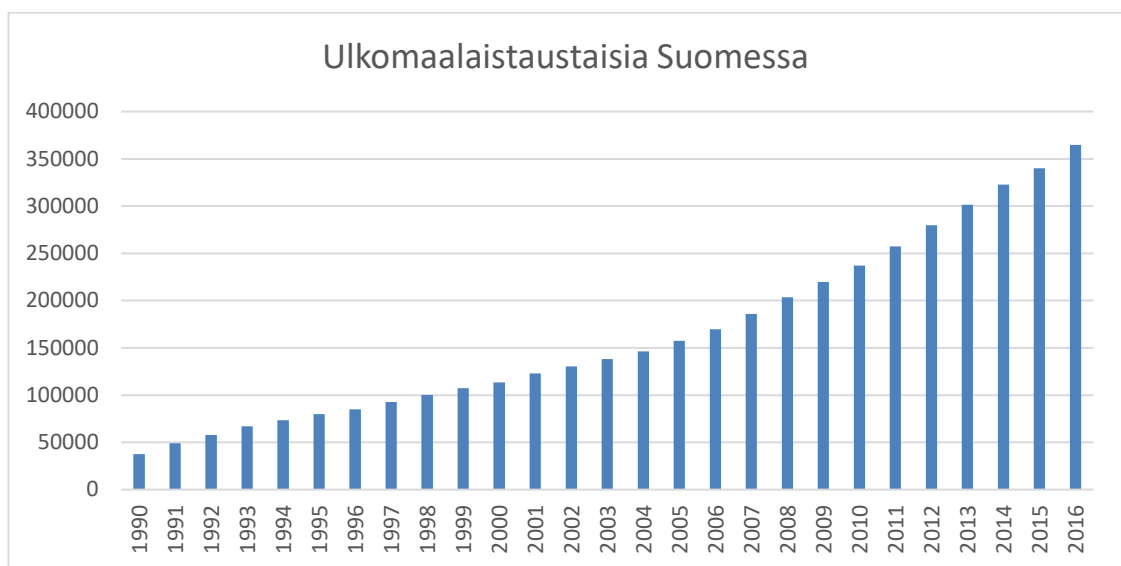
Key words: cultural diversity, cultural competence, cultural diversity in health care

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
3.1	Monikulttuurisuus ja kulttuurinen moninaisuus	8
3.2	Monikulttuurisuus hoitotyössä.....	10
3.3	Kulttuurinen kompetenssi	11
3.3.1	Monikulttuurinen osaaminen hoitotyössä	11
3.3.2	Monikulttuurisen osaamisen kehitysmalli	13
4	TOTEUTUS	16
4.1	Laadullinen tutkimusmenetelmä.....	16
4.2	Aineiston keruu ja analyysi.....	17
5	TULOKSET	21
5.1	Monikulttuuriseen hoitotyöhön liittyvät haasteet	21
5.1.1	Kieleen liittyvät haasteet	21
5.1.2	Kulttuurisen tiedon puute	23
5.1.3	Hoitoon kohdistuvat odotukset	24
5.1.4	Hoitohenkilöstön ja potilaiden asenteet	26
5.1.5	Läheisten osallistuminen hoitoon.....	27
5.1.6	Ajankäyttö ja aikataulujen noudattaminen.....	28
5.2	Kehitysehdotukset.....	29
6	POHDINTA.....	31
6.1	Tulosten pohdinta	31
6.2	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	37
6.3	Jatkotutkimus- ja kehittämis ehdotukset.....	41
6.4	Opinnäytetyöprosessin pohdinta.....	42
	LÄHTEET.....	44
	LIITTEET	49
	Liite 1. Taulukko tiedonhausta	49
	Liite 2. Aineiston analyysin eteneminen	50

1 JOHDANTO

Suomi kansainvälistyy yhä nopeammin ja erilaiset kulttuurit lisääntyvät sen myötä. Suomessa on lukuisia kulttuuri- ja kielivähemmistöjä, joista perinteisimpiä ovat suomenruotsalaiset, romanit ja juutalaiset. (Kieli- ja kulttuurivähemmistöt suomessa, 2017.) Monikulttuurisuus on käsitteenä laaja, eikä sitä voida rajata tiettyyn kulttuuriin tai kansalaisuuteen (Koskinen 2009a, 19; Suomen YK-liitto). Suuntaa antavaa esimerkkiä kulttuurien määrästä kertoo Suomessa asuvat ulkomaalaistaustaiset (kuvio 1), joiden määrä kasvaa jatkuvasti (Suomen virallinen tilasto 2016).



KUVIO 1. Ulkomaalaistaustaisia Suomessa vuosina 1990-2016 (Tilastokeskus 2016b).

Eri kulttuurien edustajien määrän kasvaessa monikulttuurisuus näkyy hoitotyössä yhä enemmän. Väestön terveystarpeet muuttuvat monikulttuurisuuden lisääntyessä ja monikulttuurisesta osaamisesta on tullut hoitohenkilöstön tavoiteltava osaamisalue. Monikulttuurisessa hoitotyössä on pystyttävä turvaamaan potilaiden tasa-arvoisen hoidon toteuttaminen. (Koskinen 2009b, 21-22.)

Hoitajien kokemuksia monikulttuurisen hoitotyön haasteista on tutkittu kansainvälisesti paljon (Hart & Maren 2013, 2224), mutta Suomessa toistaiseksi melko vähän. Yhteiskunnan kehittyessä koko ajan monikulttuurisemmaksi tarvitaan tutkittua tietoa myös Suomen terveydenhuollossa työskentelevän hoitohenkilökunnan monikulttuurisesta osaamisesta. (Mulder ym. 2015, 26.) Hoitohenkilöstön ajatuksia ja kokemuksia kuuntelemalla

kyetään kehittämään erilaisia toimintamalleja monikulttuuriseen hoitotyöhön. Näiden avulla pystytään auttamaan hoitajia tarjoamaan monikulttuurista hoitoa eri kulttuureista tuleville potilaille ja heidän perheilleen. (Hart & Mareno 2013, 2225.)

Opinnäytetyön aihe tuli työelämätahon tarpeesta. Sen tarkoituksena oli kuvata hoitohenkilöstön kokemia haasteita monikulttuurisessa hoitotyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella. Aineistona käytettiin osana monikulttuurisuushanketta vuonna 2016 kerätyn monikulttuurisuuskyselyn vastauksia. Kyselystä tullut aineisto analysoitiin induktiivisen eli aineistolähtöisen sisällönanalyysin keinoin. Opinnäytetyössä henkilökunta rajattiin koskemaan hoitohenkilöstöä.

Opinnäytetyö antaa tekijöille monia erilaisia valmiuksia ajatellen tulevaa ammattia sairaanhoitajina. Tämän prosessin avulla opitaan tärkeää tietoa monikulttuurisuudesta ja siihen liittyvästä hoitotyöstä. Lisäksi kartoitetaan tietoa siitä, miten monikulttuurisuus näkyy työelämässä ja kuinka hoitohenkilökunta tämän kokee. Näiden seikkojen pohtiminen ja tiedostaminen lisäävät valmiutta toimia sairaanhoitajina monikulttuurisessa työelämässä.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitohenkilöstön kokemia haasteita monikulttuurisessa hoitotyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella.

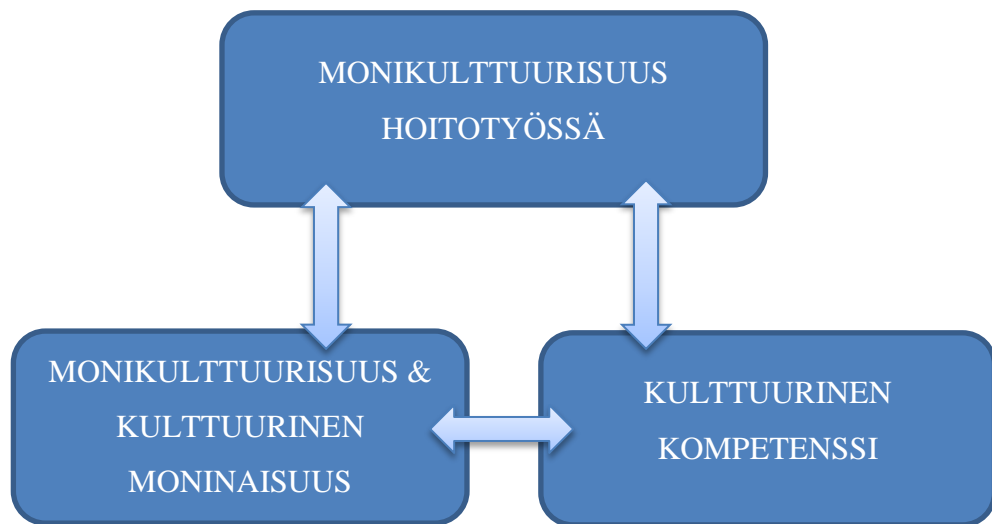
Opinnäytetyön tehtävät:

1. Minkälaisia haasteita hoitohenkilöstö koki monikulttuurisessa työskentelyssä?
2. Millaisia kehitysehdotuksia hoitohenkilöstöllä oli?

Tavoitteena on lisätä tietoa monikulttuurisen hoitotyön haasteista terveydenhuollon ammattilaisille ja terveysalan opiskelijoille sekä löytää keinoja monikulttuurisen hoitotyön kehittämiseen.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön keskeisiksi käsitteiksi (kuvio 2) valikoituivat työelämäpalaverin ja tiedonhaun (ks. Liite 1) pohjalta monikulttuurisuus, kulttuurinen moninaisuus, kulttuurinen kompetenssi ja monikulttuurisuus hoitotyössä.



KUVIO 2. Opinnäytetyön keskeiset käsitteet.

3.1 Monikulttuurisuus ja kulttuurinen moninaisuus

Useat tutkijat ovat pohtineet kulttuurin käsitettä ja sen määritelmä on vaihdellut eri aikoina. Kulttuurin avulla on aina pyritty ymmärtämään kulttuurin syntymistä ja kehittymistä, erityispiirteitä sekä niiden merkityksiä kyseisen kulttuurin jäsenille. (Koskinen 2009a, 16.) Kulttuuri on dynaamista ja jatkuvasti muuttuvaa, sillä ihmiset muokkaavat sitä tauotta (Papadopoulos, Tilki & Taylor 2008). Kulttuuria voidaan pitää myös opittuina, siirrettyinä ja perittyinä arvoina, uskomuksina sekä tapoina ajatella ja toimia erilaisten ryhmien sisällä (Koskinen 2009a, 16; Bucher 2008, 6; Banerjee 2012, 24; Gurm & Cheema 2013, 177; Purnell 2014, 1; Michigan Nurse 2015, 7). Näiden lisäksi kulttuuri sisältää erilaisten ihmisryhmien jakaman kielen, kommunikaation, taiteen, musiikin, vaatetuksen ja etiketin (Papadopoulos 2006, 47; Bucher 2008, 6; Mulder, Koivula & Kaunonen 2015, 25). Kulttuuri on viitekehys, jota ihminen käyttää tarkastellessaan maailmaa, terveyttä ja hoidon tarvetta (Michigan Nurse 2015, 7; Delgado 2013, 204).

Kulttuurin määritelmän perusteella jo kahden eri ihmisen kohtaamista voidaan pitää monikulttuurisena. Kulttuurisena eroavaisuutena heillä voi olla esimerkiksi erilainen tyyli pukeutua, vaikka heidän etniset taustansa ja kielensä olisivatkin samat. (Koskinen 2009a, 17–18.) Kahden eri kulttuurin kohtaamisen lisäksi kolmantena tekijänä vaikuttaa se ympäristö, jossa kohtaaminen tapahtuu (Holland & Hogg 2010, 5).

Monikulttuurisuus on käsitteenä moninainen ja sitä voidaan tarkastella useasta eri näkökulmasta. Monikulttuurisuutena voidaan pitää erilaisten ihmisten ja ihmisryhmien elämistä samassa ajassa ja ympäristössä. (Koskinen 2009a, 17–18; Alitolppa-Niittamo, Fågel & Säävälä 2013, 7.) Monikulttuurisuus viittaa erilaisiin kulttuureihin ja näiden myönteisiin lähestymistapoihin. Se pitää sisällään myös ajatuksen yhteiskunnasta, jossa erilaisiin kulttuureihin suhtaudutaan myönteisesti ja suvaitsevaisesti. Tämänlaisessa yhteiskunnassa myös palvelut ovat moninaisia suhteutettuna eri kulttuureihin ja näiden toimintatapoihin. (Koskinen 2009a, 18.)

Monikulttuurisuuden rinnalla on alettu käyttää käsitettä **kulttuurinen moninaisuus**, eli kulttuurinen diversiteetti. Se kertoo käsitteenä tarkemmin kulttuurirajojen muovautumisesta ja erilaisten kulttuuriryhmien sekoittumisesta. (Kansainvälisyys Suomen kulttuuripoliitikassa, 2016.) Almutairi, Abdallah ja Nasim (2017, 1) määrittelevät tutkimuksessaan kulttuurisen diversiteetin viittaavan erilaisten kulttuurien samanaikaiseen toimintaan monikulttuurisessa ympäristössä (Almutairi ym. 2017, 1). Kulttuurista moninaisuutta on käytetty kuvailemaan ihmisten välistä erilaisuutta koskien etnisyyttä, syntyperää, fyysisiä erityispiirteitä, rotua, sukupuolta, ikää, uskontoa, arvoja, uskomuksia, seksuaalista suuntautumista, sosioekonomista asemaa ja elämäkokemuksia (Registered Nurses' Association of Ontario 2007, 21). Tämän lisäksi kulttuurisella moninaisuudella halutaan kuvastaa sitä, että jokainen ihminen kuuluu johonkin laajasta alakulttuurien kirjosta. Näiden pohjalta muovautuu kulttuuri-identiteetti, jonka ymmärtäminen on merkittävä osa kulttuurista moninaisuutta. (Koskinen 2009a, 17.)

Kulttuurisesta moninaisuudesta on säädetty Unescon vuonna 2001 hyväksymässä kulttuurista moninaisuutta koskevassa yleismaailmallisessa julistuksessa (Kulttuurista moninaisuutta koskeva yleismaailmallinen julistus 2010).

Kulttuuri on muodoltaan erilaista eri aikoina ja eri paikoissa. Tämä moninaisuus ilmenee niiden ryhmien ja yhteiskuntien identiteettien ainutlaatuisuudessa ja moninaisuudessa, joista ihmiskunta koostuu.

Vuorovaikutuksen, uudistusten ja luovuuden lähteenä kulttuurinen moninaisuus on yhtä välttämätön ihmiskunnalle kuin luonnon moninaisuus on luonnolle. Näin ollen kyse on ihmiskunnan yhteisestä perinnöstä, joka tulee tunnistaa ja jota tulee vahvistaa nykypolven ja tulevien sukupolvien parhaaksi. (Kulttuurista moninaisuutta koskeva yleismaailmallinen julistus 2010.)

3.2 Monikulttuurisuus hoitotyössä

Monikulttuurisuus on aina näkynyt eri potilasryhmissä ja se on koko ajan merkittävästi lisääntynyt. Väestön kulttuuriset vivahteet muuttuvat myös jatkossa ympäri maailmaa tulevien kulttuurien johdosta. (Banerjee 2012, 24; Hart & Marengo 2016, 121.) Monikulttuurisessa hoitotyössä tulisi ottaa huomioon ihmisten erilaisuus ja tämän kunnioittaminen. Hoitotyössä päämääränä on huomioida kulttuuriset taustat terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä. Tämän lisäksi erilaiset kulttuuriset lähtökohdat tulisi nähdä yhdenvertaisina. (Koskinen 2009a, 19.) Työpaikoilla tämä tulisi omaksua osaksi hoitotyötä ja pyrkiä sitä kautta poistamaan syrjintää ja eriarvoisuutta (Registered Nurses' Association of Ontario 2007, 17). Monikulttuurisuus ei hoitotyössä aina tarkoita hoitosuhdetta, jossa hoitaja on suomalainen ja potilas vähemmistökulttuurin edustaja, vaan tilanne voi olla myös toisin päin. Samat eettiset perusperiaatteet pätevät myös tässä kohtaamisessa. (Abdelhamid 2009a, 80.)

Canadian Nurses Association (2008, 8) on määritellyt sairaanhoitajille laadituissa eettisissä ohjeissa yhdeksi seitsemästä arvosta tasa-arvoisuuden ylläpitämisen ja edistämisen. Tämä mahdollistuu suojelemalla ihmisoikeuksia, tasavertaisuutta, oikeudenmukaisuutta ja terveyttä. Sairaanhoitajilla on lisäksi eettisiä velvollisuuksia, jotka ovat yhteydessä tasa-arvon ylläpitämiseen. (Banerjee 2012, 24.)

Hoitotyössä hoitajat eivät syrji ihmisiä rodun, etnisyyden, kulttuurin, poliittisen tai uskonnollisen vakaumuksen, sukupuolen, seksuaalisen suuntautumis-
 iän, terveydentilan, syntymäpaikan, elintapojen, psyykkisen tai fyysisen terveydentilan, sosioekonomisen statuksen tai minkään muun syyn takia. (Canadian Nurses Association 2008, 17.)

Suomen Sairaanhoitajaliitto on myös laatinut sairaanhoitajien eettiset ohjeet. Niissäkin korostetaan hoitajan velvollisuutta toimia oikeudenmukaisesti ja kunnioittavasti. Ne ohjaavat hoitamaan jokaista potilasta tasavertaisesti, olemaan syrjimättä ketään ja ottamaan huomioon jokaisen potilaan yksilölliset taustat. (Sairaanhoitajien eettiset ohjeet, 2014.)

Ohjeistuksien lisäksi hoitotyötä velvoittavat monet lait koskien monikulttuurisuutta. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) sisältää tärkeimmät potilaan hoitoon ja kohteluun liittyvät periaatteet. Siinä korostetaan, että potilasta on kohdeltava kunnioittavasti eikä hänen vakaumustaan saa loukata. Hoidossa on huomioitava potilaan yksilölliset tarpeet, kulttuuri ja äidinkieli. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.) Hoitohenkilöstön tehtävänä on arvioida esimerkiksi tulkin käytön tarvetta (Juntunen 2009, 150). Kielellisestä yhdenvertaisuudesta ja tulkkauksesta säädetään lisäksi muun muassa hallintolaissa (2003/434, 26§), kielilaissa (2003/423, 10§ ja 18§) ja yhdenvertaisuuslaissa (2004/21, 6§).

3.3 Kulttuurinen kompetenssi

Kompetenssi määritellään Yleisen suomalaisen asiasanaston mukaan tarkoittamaan kelpoisuutta, osaamista ja pätevyyttä. Kulttuuriosaaminen taas tarkoittaa erilaisten kulttuurien ymmärtämistä sekä kykyä vuorovaikutukseen vieraan kulttuurin kanssa. (Yleinen suomalainen asiasanasto 2016.) Koskisen (2009c, 32) mukaan kulttuurisella kompetenssilla tarkoitetaan lisäksi kykyä toimia monikulttuurisessa ympäristössä sekä huomioida ja hyväksyä erilaisuutta. Kulttuurinen kompetenssi on ihmisen elinikäisesti kehittyvä piirre, eikä se ole ihmiselle välttämättä aina ominaista. Tavanomaisempaa on vältellä ja kokea vieraat kulttuurit sekä niihin liittyvä erilaisuus jopa uhkaavana. Pelko ja uhkaavana pitäminen selittyy sillä, että ihminen katsoo maailmaa omien tapojensa ja kulttuurinsa näkökulmasta. (Koskinen 2009d, 32–33.)

3.3.1 Monikulttuurinen osaaminen hoitotyössä

Hoitotyössä kulttuurinen kompetenssi sisältää yhteneviä käytäntöjä ja asenteita. Yhdessä nämä muodostavat järjestelmän, joka mahdollistaa hoitoalan ammattilaisten tehokkaan työskentelyn kulttuurienvälisissä tilanteissa. (Banerjee 2012, 25.) Hart ja Mareno (2013, 224) ovat tutkimuksessaan kuvailleet kulttuurisen kompetenssin olevan jatkuva prosessi, johon kuuluu sairaanhoitajien tietoisuus ja taidot työskennellä sekä kohdata monikulttuurisia potilaita ja heidän perheitään.

Myös Purnellin (2014, 5) määritelmän mukaan monikulttuurinen osaaminen on tietoinen prosessi ja vastuu omasta osaamisesta on hoitajalla itsellään. Kulttuurinen kompetenssi koostuu hoitajan omien ajatusten ja tietoisuuden kehittamisestä sekä potilaan kulttuurin, uskomusten ja arvojen tietämyksestä ja niihin perehtymisestä (Purnell 2014, 5; Ortiz & Casey 2017, 282). Se käsittää myös hoitajan kyvyn ottaa huomioon potilaiden väliset eroavaisuudet, sillä kaikki samaan kulttuuriin tai uskontoryhmään kuuluvat eivät toimi ja ajattele samalla tavalla (Purnell 2014, 5).

Monikulttuurisen osaamisen tulee olla osana sairaanhoitajien ammattitaitoa (Banerjee 2012, 25). Delgado ym. (2013, 204), Raman (2015, 104) sekä Hart ja Maren (2016, 121) toteavat tutkimuksissaan, että väestön muututtua jatkuvasti on hoitohenkilöstön välttämättä kyetä vahvistamaan omaa kulttuurista pätevyyttään. Sairaanhoitajan on lisäksi pysyttävä aktiivisesti kehittämään omaa tietoperustaansa ja havainnointikykyään kohdistuen omaan kulttuuriseen perimäänsä. Monikulttuurisesta hoidosta puhuttaessa on myös tärkeä tunnistaa omat arvonsa ja ennakoasenteensa, sillä ne saattavat alitajuntaisesti vaikuttaa potilastyöhön. (Banerjee 2012, 25; Purnell 2014, 3; Michigan Nurse 2015, 8.) Sairaanhoitajan tulee olla tämän lisäksi tietoinen niiden kulttuurien erityispiirteistä, joiden kanssa hän työskentelee. Tämä sisältää erityistarpeiden kunnioittamisen sekä kyvyn osoittaa toiminnassaan myötätuntoa, joustavuutta ja suvaitsevaisuutta. (Michigan Nurse 2015, 8.) Monikulttuurisesti pätevä hoitaja kykenee hyväksymään potilaiden kulttuurierot, vaikka hänen oma kulttuurinsa ja uskontonsa eivät olisi samat kuin potilaan (Purnell 2014, 5). Hoitajan ei välttämättä itse tarvitse hyväksyä potilaan näkemyksiä, mutta hänen tulee kunnioittaa niitä. On tärkeää, että hoitaja ymmärtää potilasta ja kykenee tarvittaessa tukemaan häntä. (Koskinen 2009d, 34–35.)

Mulder ym. (2015) ovat kartoittaneet pilottitutkimuksessaan hoitohenkilökunnan monikulttuurista osaamista. Sitä vahvistavia tekijöitä ovat yhteinen kieli, kulttuurinen tieto ja koulutus, virallisten tulkkien saatavuus, hoitohenkilökunnan monikulttuurinen työyhteisö sekä hoitohenkilökunnan positiivinen asenne. Vastaavasti näiden asioiden puuttuminen heikentää hoitohenkilökunnan monikulttuurista osaamista. (Mulder ym. 2015.) Myös Long (2012, 102) totesi tutkimuksessaan, että hoitajilla, joilla ei ole riittävää koulutusta koskien kulttuurista osaamista puuttuu riittävä tietous eri kulttuurien erityispiirteistä.

Transkulttuurisen hoitotyön kehittäjä, Leininger, alkoi 1950-luvulla kehittää teoriaa kulttuurit ylittävästä, eli transkulttuurisesta hoitotyöstä (Andrist, Nicholas & Wolf 2006, 51;

Hart & Marengo 2013, 2224). Leininger huomasi, että hoitohenkilökunnalta puuttui ymmärrys erilaisista kulttuurisista tekijöistä. Sairaanhoidajien tekemät päätökset ja tavat toimia eri kulttuureista tulleiden potilaiden kanssa eivät toimineet kaikkien kohdalla. (Allgood 2014, 418.) Leininger oli ensimmäinen, joka yhdisti teoreettisessa lähtökohdassa sekä hoitotyön että kulttuurin käsitteet (Kankkunen, Nikkonen & Paasivaara 2015, 68–69). Hän määritteli transkulttuurisen hoitotyön keskeiseksi hoitotyön alueeksi. Teoria keskittyi kulttuurien ja alakulttuurien vertailevaan tutkimiseen ja analysointiin koskien hoitamiskäyttäytymistä, hoitotyötä, terveyttä ja sairautta koskevia arvoja, uskomuksia ja käyttäytymismalleja. (Leininger & McFarland 2002, 3–4.)

3.3.2 Monikulttuurisen osaamisen kehitysmalli

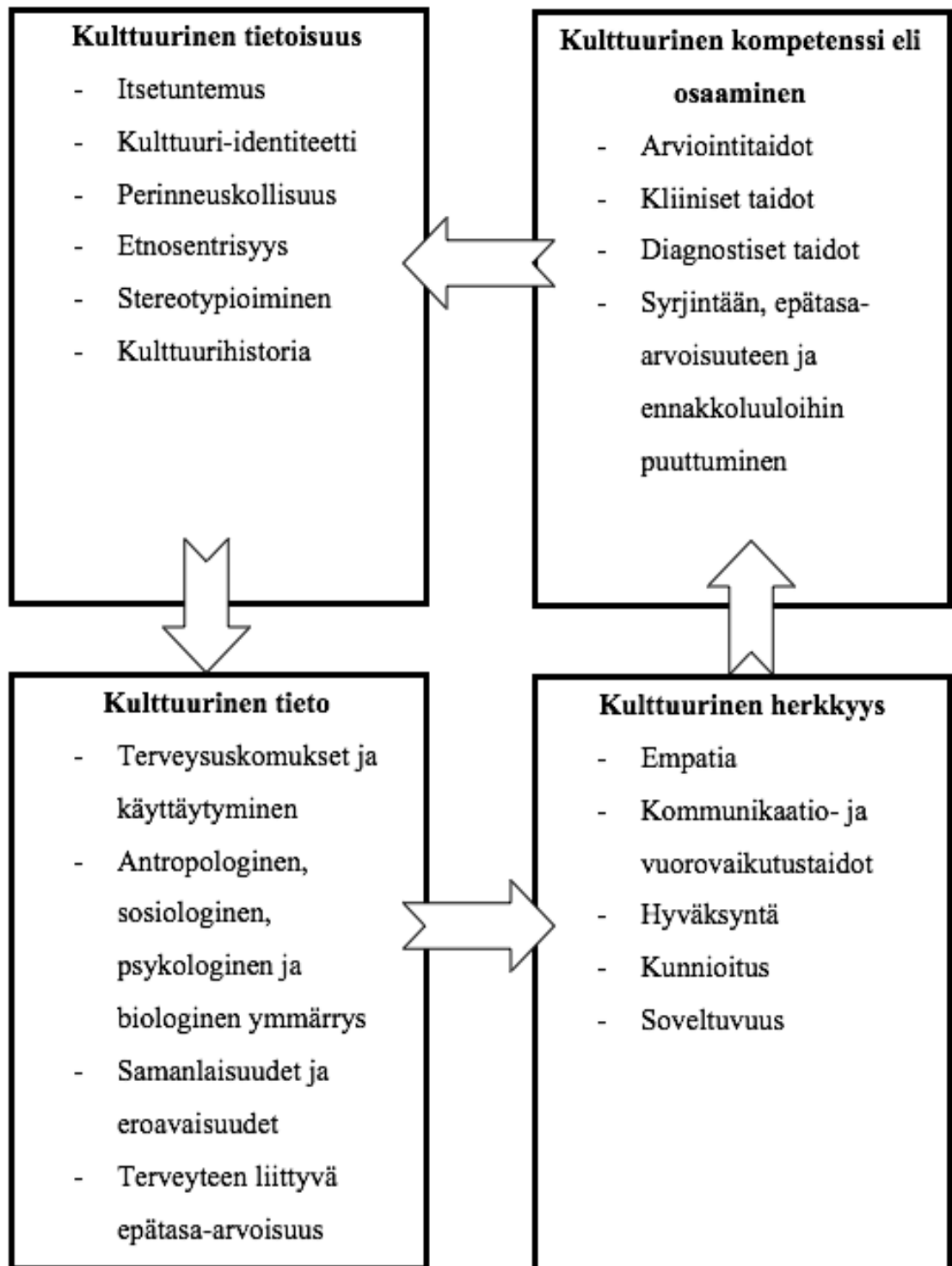
Papadopoulos aloitti Tilkin ja Taylorin kanssa monikulttuurisen osaamisen kehitysmallin rakentamisen Leiningerin transkulttuurisen mallin pohjalta vuonna 1994 (Kankkunen ym. 2015, 77). Tämän avulla kulttuurisen kompetenssin ja monikulttuurisen hoitotyön opetusta voidaan helpommin jäsentää ja vaiheistaa. Malli muodostuu neljästä kulttuurisesti pätevän hoitotyön kehittämisen osa-alueesta (kuvio 3). Näitä ovat kulttuurinen tietoisuus (Cultural awareness), kulttuurinen tieto (Cultural knowledge), kulttuurinen herkkyyys (Cultural sensitivity) ja kulttuurinen kompetenssi (Cultural competence). (Koskinen 2009c, 50–51.)

Malli on ajateltu prosessiksi, jonka ensimmäinen kehittymisen kohde on kulttuurinen tietoisuus. Se alkaa henkilökohtaisen arvoperustan ja oman kulttuurisen identiteetin tarkastelusta. (Papadopoulos ym. 2008.) Tämä on tärkeä vaihe, sillä oppijaa autetaan ymmärtämään kulttuuritaustan vaikutusta ihmisten arvojen, uskomusten ja terveyskäyttäytymisen taustoihin (Koskinen 2009c, 51).

Prosessin seuraava vaihe on kulttuurisen tiedon taso. Siinä oppijan on kerättävä tietoa erilaisten etnisten ryhmien tavoista ja käyttäytymisestä. (Papadopoulos ym. 2008; Koskinen 2009c, 52). Lisäksi terveyteen liittyvää eriarvoisuutta tulee oppia tunnistamaan (Papadopoulos 2006, 47). Kolmas vaihe prosessissa on kulttuurinen herkkyyys, jolloin opitaan kulttuurinmukaisia ja erilaisuutta kunnioittavia vuorovaikutustaitoja. Potilaat harjoitellaan kohtaamaan hoitohenkilöstön kanssa yhdenvertaisina ja hoitajan auktoriteettia ope-

tellaan kyseenalaistamaan. Lisäksi harjoitellaan luottamuksellista, empaattista, hyväksyvää ja kunnioittavaa hoitosuhteen luomista. (Papadopoulos ym. 2008; Koskinen 2009c, 52.)

Neljännän vaiheen eli kulttuurisen kompetenssin saavuttaminen edellyttää kaikkien kolmen edellisen vaiheen eli kulttuurisen tietoisuuden, tietämyksen ja herkkyyden kehittymistä ja soveltamista. Tällä tasolla syvennyttään käytännön osaamiseen, kuten potilaan tarpeiden arviointiin, kliiniseen diagnosointiin sekä muihin hoitotyön taitoihin. Tärkeä osa tätä kehitysvaihetta on kyky tunnistaa ja vastustaa kaikkia syrjinnän muotoja. Tämä monikulttuurisen osaamisen nelivaiheinen kehitysmalli edistää kulttuuriseen osaamiseen tarvittavien taitojen kehittymistä. (Papadopoulos ym. 2008.)



KUVIO 3. Papadopoulosin, Tilkin ja Taylorin monikulttuurisen osaamisen kehitysmalli (mukaillen Papadopoulos ym. 2008)

4 TOTEUTUS

4.1 Laadullinen tutkimusmenetelmä

Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen tarkoitus on tarkastella ihmisen elämysmaailmaa. Sen tärkeimpiä kohteita ovat erilaiset merkitykset, jotka voivat ilmetä esimerkiksi toimintana, ajatuksina ja päämäärien asettamisena. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006; Vilkkä 2015, 118.) Tavoitteena on nähdä ihmisten omat kuvaukset heidän kokemastaan todellisuudesta mahdollisimman tarkasti (Davies 2007, 191; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 49; Ross 2012, 87; Vilkkä 2015, 118).

Laadullinen tutkimusmenetelmä sisältää aina kysymyksen, ”mitä merkityksiä tutkimuksessa tutkitaan?”. Tästä johtuen tutkimuksen tekijän on tarkennettava, käsitteleeö tutkimus kokemuksiin vai käsityksiin liittyviä merkityksiä. Niiden välinen suhde ei ole yksiselitteinen, sillä kokemuksen ja käsityksen välillä ei välttämättä ole minkäänlaista yhteyttä. (Vilkkä 2015, 118.) Suomisanakirja määrittelee ihmisen kokemuksen kokemalla saatuun tietoon tai taitoon. Hyypän ym. (2015) mukaan kokemukset ovat ihmisen elämän keskeisiä osia. Niitä syntyy jatkuvasti ja ne ovat koko ajan läsnä. Ajattelun ansiosta ihminen jäsentelee ja ymmärtää kokemuksiaan sekä antaa niille merkityksiä. (Hyypä ym. 2015.) Kokemus on aina ihmisen henkilökohtainen. Tutkittavien kokemukset eivät koskaan tule tutkimuksissa täysin ymmärretyiksi, sillä tutkija näkee vastaukset oman ymmärryksensä ja kokemuksensa näkökulmasta. (Vilkkä 2015, 118.) Kokemus on hyvin moniulotteinen käsite ja monitieteinen tutkimuskohde. Sitä voidaan lähestyä monista eri näkökulmista, kuten hoitotieteen, psykologian ja taiteen näkökulmista. (Hyypä ym. 2015.)

Laadullisen tutkimuksen erityisyys on siinä, että sen tavoite ei ole totuuden löytyminen tutkittavasta kohteesta. Tavoitteena on ennen kaikkea tutkimuksen aikana syntyneiden tulkintojen avulla osoittaa asioita, joita ei pelkästään havaitsemalla näe. (Vilkkä 2015, 120.) Laadullisen tutkimuksen ydin on merkitystulkintojen tekeminen ja asetetun tutkimusongelman ratkaiseminen (Kiviniemi 2010, 71; Alasuutari 2011, 53).

Opinnäytetyössä kuvataan laadullisen tutkimusmenetelmän avulla hoitohenkilöstön kokemuksia haasteita monikulttuurisesta hoitotyöstä. Työssä käytetystä aineistosta oli jo olemassa määrällistä tilastoa, joten laadullinen tutkimusmenetelmä oli ensisijainen vaihtoehto. Aineiston analyysi pohjautuu aineistolähtöiseen sisällönanalyysiin.

4.2 Aineiston keruu ja analyysi

Tutkija kerää yleensä aineistonsa itse, jolloin sitä kutsutaan primaariaineistoksi. Tutkimuksessa voidaan käyttää myös jonkun muun valmiiksi keräämää aineistoa, jolloin sitä kutsutaan sekundääriaineistoksi. Opinnäytetyön arvon kannalta ei ole olennaista, kuinka aineisto on kerätty. (Hirsijärvi, Remes, Sajavaara 2009, 186.) Opinnäytetyöhön käytettiin valmista aineistoa. Se oli kerätty verkkokyselynä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella osana vuonna 2016 ollutta monikulttuurisuushanketta. Työ on rajattu koskemaan opinnäytetyön tutkimuskysymyksiä, jolloin vastaukset on analysoitu koskien haasteita ja kehitysehdotuksia. Aineisto rajattiin (N 435) koskemaan hoitohenkilöstöä. Saatu materiaali ei kuitenkaan mahdollistanut täysin tarkkaa rajausta. Vastaajista suurin osa (398) 91,5% kuului hoito- ja lääkärihenkilöstöön ja muut vastaajat (37) 8,5% kuuluivat erityishenkilöstöön, huoltohenkilöstöön sekä hallinto- ja toimistohenkilöstöön. Analyysistä poissuljettiin kaikki sellaiset vastaukset, joista pystyttiin päättämään, ettei vastaaja kuulunut hoitohenkilöstöön. Näin rajausta saatiin tehtyä melko tarkasti ilman tulosten vääristymistä. Vastaajien määrä eri kysymyksissä vaihteli ja avoimiin kysymyksiin vastattiin vähemmän kuin vastausvaihtoehtolisiin kysymyksiin.

Sisällönanalyysi voi olla joko aineistolähtöinen tai teorialähtöinen (Vilkka 2015, 163). Aineistolähtöisessä eli induktiivisessa sisällönanalyysissä on keskeistä osana tunnistaa aineistosta nousevia väittämiä, jotka kertovat aina jotakin tutkittavasta ilmiöstä. Induktiivista sisällönanalyysia ohjaa aina tutkimuksen tarkoitus sekä kysymyksenasettelu. Tarkoituksena ei ole analysoida kaikkea tietoa, vaan poimia vastauksia itse asetettuihin tutkimustehtäviin. On hyvä tiedostaa, että tutkimustehtävät saattavat tarkentua myös aineiston analyysin aikana. (Kylmä & Juvakka 2007, 113). Kun nämä ovat tarkentuneet aloitetaan tutkimusaineiston pelkistäminen. Tällöin tutkimusaineistosta karsitaan asetetun kysymyksen kannalta epäolennaisuudet pois, hävittämättä kuitenkaan tärkeitä informaatiota. (Vilkka 2015, 164.)

Sisällönanalyysissa aineisto puretaan osiin ja ryhmitellään erilaisiin luokkiin. Tämän jälkeen aineisto tiivistetään yhtenäiseksi tekstiksi, joka vastaa asetettuihin tutkimustehtäviin- ja tarkoituksiin. Oleellista on, että analyysin avulla kyetään kuvaamaan tutkittavaa ilmiötä tiivistetyssä muodossa. (Kylmä & Juvakka 2007, 113.)

Aineiston sisällönanalyysi aloitettiin pelkistämällä aineistoa, kuten Kylmä & Juvakka (2007, 117) teoksessaan ohjeistavat. Alkuperäisilmauksia lähdetään pelkistämään niin, että niiden merkitys säilyy. Pelkistetty ilmaus voi olla jopa sama kuin alkuperäisilmaus. (Kylmä & Juvakka 2007, 117.) Aineiston pelkistämistä käsiteltiin taulukoiden avulla. Alkuperäisilmauksille on määritelty pelkistetyt ilmaukset (taulukko 1).

TAULUKKO 1. Esimerkkejä aineiston pelkistämisestä

ALKUPERÄISILMAUS	PELKISTETTY ILMAUS
"Lähinnä ne on kielellisiä ongelmia, potilaalla on huono englannin kielen taito ja itse en muita kieliä osaa"	Kielitaitoon liittyvä ongelma
"Joillekin kulttuureille on hankala uskoa, että sairaanhoitajalla on pätevyyttä antaa ohjeita ja tietoa, eli omassa kulttuurissa vain lääkäri tietää"	Hankaluus uskoa sairaanhoitajan pätevyyteen

Analyysin toisessa vaiheessa aloitetaan aineistoin ryhmittely, eli klusterointi. Tässä vaiheessa etsitään pelkistettyjen ilmauksien yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. (Kylmä & Juvakka 2007, 118.) Aineistoa ryhmien mukaan järjestettäessä voidaan saman ryhmän alle kerätä samaa asiaa tarkoittavat ilmaukset (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006; Kylmä & Juvakka 2007, 118). Yhdistämisen jälkeen saman ryhmän alle kerätyt ilmaukset nimetään niitä kuvaavalla käsitteellä. Tämän nimen on katettava kaikki sen alle tulevat ilmaisut. Aineiston ryhmittelyssä voi olla useampia vaiheita ja nämä vaiheet etenevät samalla tavalla. Ensin muodostetaan alaluokkia, sitten yläluokkia ja niin edelleen. Seuraavat luokat syntyvät samalla tavalla kuin alaluokatkin. Alaluokkia vertaillaan keskenään ja niistä muodostetaan yläluokkia. Tutkija voi itse päättää kuinka pitkälle ryhmittelyä jatkaa, ottaen huomioon, ettei tulosten merkitysarvo vähene liikaa. (Kylmä & Juvakka 2007, 118.)

Pelkistämisen jälkeen pelkistetyistä ilmaisuista etsittiin samanlaisia asioita kuvaavia ilmaisuja. Samankaltaiset ilmaisut nimettiin niitä kuvaavalla käsitteellä ja ne taulukoitiin pelkistettyjen ilmauksien rinnalle alaluokiksi (taulukko 2).

TAULUKKO 2. Esimerkkejä aineiston ryhmittelystä alaluokiksi

PELKISTETTY ILMAUS	ALALUOKKA
Kielitaitoon liittyvä ongelma	Kommunikointi ilman yhteistä kieltä
Hankaluus uskoa sairaanhoitajan pätevyyteen	Epäluottamus hoitohenkilöstöä kohtaan

Alaluokkien muodostamisen jälkeen aineiston analysoimista jatkettiin. Alaluokat käytiin läpi kokoamalla niistä samankaltaisia ryhmiä eli yläluokkia. Tämän jälkeen yläluokat nimettiin (taulukko 3).

TAULUKKO 3. Esimerkkejä aineiston luokittelusta yläluokiksi

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Kommunikointi ilman yhteistä kieltä Monikielisten potilasohjeiden puuttuminen Kommunikointi ilman tulkkia Tulkin käytön vaikeus	Yhteisen kielen puute
Naishoitajien arvostamattomuus Lääketieteeseen kohdistuvat odotukset Lääkehoitoon kohdistuvat odotukset Epäluottamus hoitohenkilökuntaa kohtaan Sukupuoleen liittyvät toiveet	Hoitoon kohdistuvat odotukset

Aineiston kolmas vaihe, abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden muodostaminen, on mukana jo aineiston pelkistämisen- ja ryhmittelyvaiheessa. Näiden kolmen vaiheen yhdistämisestä saadaan vastaus tutkimuksen tarkoitukseen ja tehtäviin. Aineistolähtöisessä analyysissä edetään yksittäisistä kuvauksista yleiskuvauksiin. (Kylmä & Juvakka, 119.)

Yläluokkien muodostamisen jälkeen aineistoa ryhmiteltiin vielä kertaalleen, jolloin muodostuivat kaksi pääluokkaa. Ne olivat monikulttuuriseen hoitoon liittyvät haasteet ja kehitysehdotukset (taulukko 4). Aineiston analyysin etenemistä voi tarkastella tarkemmin liitteestä (ks. Liite 2).

TAULUKKO 4. Esimerkki pääluokan muodostumisesta

YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Yhteisen kielen puute Kulttuurisen tiedon puute Hoitoon kohdistuvat odotukset Hoitohenkilöstön ja potilaiden asenteet Läheisten osallistuminen hoitoon Ajankäyttö ja aikataulujen noudattaminen	Monikulttuuriseen hoitoon liittyvät haasteet

5 TULOKSET

Tässä luvussa kuvataan aineistosta saadut tulokset hoitohenkilöstön kokemuksista monikulttuurisen hoitotyön haasteista ja kehitysehdotuksista. Aineisto esitellään pääluokittain ja yläluokkien sisältö kuvataan. Toinen pääluokka oli monikulttuuriseen hoitoon liittyvät haasteet. Tähän sisältyi kieleen liittyvät haasteet, kulttuurisen tiedon puute, hoitoon kohdistuvat odotukset, hoitohenkilöstön ja potilaiden asenteet, läheisten osallistuminen hoitoon sekä ajankäyttö ja aikataulujen noudattaminen. Toinen pääluokka oli kehitysehdotukset, johon sisältyi koulutuksen lisääminen, materiaalien helppo saatavuus, asenteisiin puuttuminen sekä kielellinen apu ja ohjeistukset. Tuloksissa on käytetty alkuperäisilmaisuja elävöittämään tekstiä.

5.1 Monikulttuuriseen hoitotyöhön liittyvät haasteet

5.1.1 Kieleen liittyvät haasteet

Yhdeksi haasteeksi monikulttuurisessa hoidossa vastaajat kokivat yhteisen kielen puuttumisen, josta useat käyttivät nimitystä kielimuuri. Englannin kielellä ei kaikkien potilaiden kanssa tultu toimeen ja ilman yhteistä kieltä oli vaikeaa luoda aitoa vuorovaikutussuhdetta. Hoitohenkilöstö kertoi, että yhteisen kielen puuttuessa potilaan esitietoja oli vaikea selvittää. Tämä toi haasteita myös potilaan voinnin ja lääkkeiden vaikuttavuuden arviointiin. Lisäksi joidenkin hoitotoimenpiteiden suorittaminen koettiin hankalaksi, kun kommunikointi ei toiminut. Tästä syystä potilaan ohjaaminen oli erittäin haastavaa. Ohjausta vaikeutti lisäksi monikielisten potilasohjeiden puuttuminen.

”Kieliongelmat ovat suurin haaste.”

”Kielelliset ongelmat ovat haastavimpia, kun potilaalle ei pysty kunnolla selittämään mitä tapahtuu. Esimerkkinä lääkitys ja nukutukset.”

Hoitohenkilöstön kokemuksien mukaan hoitotyössä oli selvittävä usein ilman tulkkia. Aina ei ollut varmuutta ymmärsikö potilas, mitä hoitaja oli hänelle yrittänyt elekielen

avulla kertoa. Potilas saattoi antaa olettaa, että oli asian ymmärtänyt, vaikkei todellisuudessa ollut. Kokemuksia oli myös siitä, ettei potilaan omassa kielessä ollut sanoja kaikille sairauksille ja oireille. Tämä vaikeutti osaltaan jo valmiiksi haastavaa kommunikointia. Kielimuurin takia syntyi helposti väärinkäsityksiä hoitohenkilöstön ja monikulttuuristen potilaiden välille.

”Ei ole varmuutta ymmärtääkö potilas annetut ohjeet, vaikka sanookin ymmärtävänsä.”

”Suurin haaste on yhteisen kielen puuttuminen. Etenkin niissä tilanteissa, joissa potilaalla on suuri huoli jostakin asiasta, eikä häntä pystytä rauhoittamaan yhteisen kielen puuttuessa.”

Kieltä koskeviin haasteisiin kuului kielimuurin lisäksi tulkin käytön hankaluus. Vastaajat kokivat, ettei tulkin välityksellä saatu aitoa vuorovaikutusta potilaan ja hoitohenkilöstön välille. Tulkin kanssa työskentely oli hidasta ja tulkin välityksellä tapahtunut ohjaaminen oli koettu haastavaksi. Osalle vastaajista oli tullut tunne, ettei tulkki ollut kääntänyt kaikkea oikein ja joissakin tilanteissa useamman sanan lauseita oli tulkattu vain muutamalla sanalla. Hoitohenkilöstön mukaan tulkkia ei aina ollut saatavilla oikeaan aikaan, sillä tulkin tarve oli usein yhtäkkinen ja lyhyt. Kokemuksia oli lisäksi siitä, ettei tulkki ollut osannut sairaalasanastoa ja latinan ymmärtäminen oli ollut vajavaista. Joidenkin kielten tulkkia ei ollut lainkaan käytettävissä Pirkanmaan tulkkikeskuksessa. Vastaajat kertoivat, että osa monikulttuurisista potilaista oli joissakin tilanteissa kieltäytynyt käyttämästä tulkkeja. Näitä tilanteita olivat olleet esimerkiksi häpeän pelko, entuudestaan tuttu tulkki tai tulkin vääränlainen kansalaisuus.

”Kieliongelmat ovat hyvin yleisiä, päivystyksellinen tulkin saanti on lähes mahdotonta.”

”Tulkkia ei ole aina saatavilla, ja toisinaan perhe kieltäytyy käyttämästä tulkkia leimaantumisen pelossa.”

Tulkin ja yhteisen kielen puuttuessa osa vastaajista kertoi turvautuneensa puhelimesta löytyviin kielenkääntösovelluksiin. Näiden käyttämisessä ongelmallista oli, ettei voinut olla varma oliko asia käännetty oikein ja ymmärrettävästi. Vastaajat kertoivat myös joutuneensa tulkin puuttuessa käyttämään omaisia tulkkeina. Silloin ei ollut varmuutta siitä kuinka tarkasti viesti kerrottiin potilaalle. Etenkin intiimeistä asioista keskusteltaessa

puolison toimiminen tulkkina arvelutti vastaajia ja tällöin ei ollut varmuutta oliko vastaus todenmukainen.

"Omaisten käyttäminen tulkkina on ongelmallista, sillä emme voi olla varmoja kuinka todenmukaisesti tai yksityiskohtaisesti viesti menee perille"

5.1.2 Kulttuurisen tiedon puute

Vähäinen tietämys erilaisista kulttuureista ja näiden toimintatavoista nousi monikulttuurisessa hoitotyössä haasteelliseksi. Monissa vastauksissa koettiin epävarmuutta omasta toiminnasta erilaisten kulttuurien kanssa. Hoitohenkilöstö pelkäsi oman käytöksen olevan loukkaavaa tai epäkunnioittavaa. Tästä johtuen luottamuksellista hoitosuhdetta oli vaikea rakentaa.

"Pelkään, että potilas kokee käytökseni loukkaavana. Pelkään etten ymmärrä kaikkia kulttuurin vivahteita ja päädyn loukkaamaan potilasta."

"Ei ole tietoa erilaisista kulttuureista tulevien toimintatavoista ja käytänteistä."

Vastaajia oli mietityttänyt intiimeistä ja henkilökohtaisista asioista kysyttäessä, oliko tämä potilaan kulttuurissa sallittu aihe puhua. Osassa kulttuureista esimerkiksi seksuaalinen hyväksikäyttö tai psyykkinen sairaus koettiin tabuna, jolloin kyseisistä aiheista keskusteleminen oli lähes mahdotonta. Näiden asioiden puheeksi ottamista vastaajat olivat pohtineet paljon. Oli mietitty, kuinka näistä tabuina pidetyistä asioista voisi keskustella kunnioittavasti, loukkaamatta toisen kulttuuria tai uskontoa.

"Joissakin kulttuureissa erilaiset sairaudet ovat vaikea asia käsitellä."

"Eri kulttuurista tulleilla on paljon arkaluontoisia asioita mistä he eivät voi puhua tai mitä heidän pitää salata."

"Haasteena oma epävarmuus tapojen ja säästösten rikkomisesta sekä vaikeus rakentaa luottamusta herättävää hoitosuhdetta."

”Aina ei tiedä mistä asioista on mitenkään soveliaasta puhua.”

Tietämättömyys eri kulttuurien käytänteistä ja kielloista aiheuttivat epävarmuutta ja haasteita. Vastaajat tiesivät, että eri kulttuureilla oli erilaisia hoitoon liittyviä kieltoja ja käytänteitä, mutta niistä ei ollut tarpeeksi tietoutta. Esimerkkinä mainittiin naispuolisen potilaan riisuutuminen mieshoitajan tai lääkärin läsnä ollessa, vainajanlaitto eri uskontoryhmissä ja verensiirtokielto. Vastaajat kertoivat, että näissä tilanteissa jouduttiin turvautumaan Googlen käyttämiseen ja tapauskohtaiseen tulkintaan, mikä oli luonut jo itsessään epävarmuutta.

”Haasteena eri kulttuureihin liittyvät kiellot, mm. verensiirtokielto.”

”Hoitotilanteisiin ei mentäisi Googlen varassa epävarmana...”

5.1.3 Hoitoon kohdistuvat odotukset

Vastauksista ilmeni erilaisia odotuksia sekä hoitoa, että hoitohenkilöstöä kohtaan. Vastaajien mukaan yhtenä haasteena oli, kun potilas halusi hoitohenkilöstön olevan itsensä kanssa samaa sukupuolta. Tätä oli ollut välillä mahdotonta toteuttaa, etenkin päivystysaikana. Virka-aikaan potilaan toiveita oli suurimmaksi osaksi kyetty kuitenkin kunnioittamaan ja potilas oli tarvittaessa saanut samaa sukupuolta olevan hoitajan tai lääkärin. Vastauksista ilmeni myös, että naishoitajia ei aina arvostettu vaan paikalle oli vaadittu miespuolinen lääkäri. Potilaan toiveita oli kuunneltu, mutta liialliset vaatimukset kuormittivat hoitohenkilöstöä ja aiheuttivat potilastyytymättömyyttä tilanteissa, joissa potilaan toiveita ei voitu täyttää. Eri kulttuureissa käsitykset lääkärin ja sairaanhoitajien rooleista sekä työnjaosta saattoivat olla hyvinkin poikkeavia siihen, mihin Suomessa oli totuttu. Vastaajien mukaan paikalle oli vaadittu lääkäriä, vaikka toimenpiteen olisi voinut yhtä hyvin tehdä sairaanhoitaja. Sairaanhoitajan ammattitaitoa oltiin myös usein kyseenalaistettu ja annettuihin ohjeistuksiin oltiin suhtauduttu epäilevästi.

”Potilaan lähtökohtainen epäluottamus henkilökuntaa kohtaan.”

”Ollaan monesti hyvin lääkärikeskeisiä, hoitotoimenpiteitä ei heidän mielestään ole mahdollista tehdä ilman lääkäriä.”

”Joissakin kulttuureissa on hankala uskoa, että sairaanhoitajilla on riittävä pätevyys.”

”Alamme naisvaltaisuus ja monien kulttuurien mieskeskeisyys esimerkiksi asioinnissa ja päätöksenteossa tuottaa haasteita.”

Virheelliset käsitykset terveydestä, sairauksista ja suomalaisesta terveydenhuollosta aiheuttivat vastaajien mukaan epärealistisia odotuksia. Monissa tilanteissa perustiedon puute ja anatomian vähäinen tietämys lisäsivät hoitosuhteessa koettuja haasteita. Vastaajat olivat huomanneet, että eri kulttuureissa toistui erilainen suhtautuminen esimerkiksi kipuun ja sen arvioimiseen. Potilaiden kuvailemat oireet olivat olleet usein niin epämääräisiä, että niiden arvioiminen oli ollut vaikeaa.

”Asiakkaiden erilainen käsitys terveydenhuollosta, esim. Afrikan ja Lähi-idän ihmisillä perusanatomian ja ihmisruumiin toimintojen tietämättömyys on yleistä.”

”Oirekuvaus on epämääräinen, ’joka paikkaan sattuu’.”

”Ulkomaalaisilla on usein erilainen kipukynnys ja käsitys kivusta.”

Antibioottien käyttötarkoitus oli osalle monikulttuurisista potilaista vierasta. Vastaajat kokivat haasteelliseksi vakuuttaa potilaalle, miksi esimerkiksi antibioottikuuria ei määrätty jokaiseen vaivaan. Toisaalta myös itse lääkitykseen sitoutumisessa oli ollut vaikeuksia. Potilaat eivät olleet ymmärtäneet miksi lääkettä tulisi edelleen ottaa, vaikka oireet olivatkin jo helpottaneet. Vastaajien mukaan odotukset lääketieteelle ja erilaisille tutkimuksille olivat myös epärealistisia.

”Joissain kulttuureissa tunnutaan suosivan antibioottihoitoa hoidossa kuin hoidossa. Täällä antibiootteja ei kirjoiteta vatsatautiin ja se aiheuttaa hämmennystä.”

Eri maiden erilaiset terveydenhuoltojärjestelmät olivat osan vastaajien mielestä osasyynä erilaisille hoitoon kohdistuville odotuksille. Monille potilaille oli epäselvää, kuinka Suomen terveydenhuoltojärjestelmä toimii. Tämä aiheutti epätietoisuutta ja vääränlaisia odotuksia esimerkiksi hoitopolkua kohtaan. Moni potilas halusi päästä suoraan erikoislääkärin suorittamiin tutkimuksiin, vaikka vaiva oltaisiin voitu turvallisesti hoitaa terveystas-

malli. Osa vastaajista kertoi, että kaikkia vaivoja pidettiin kiireellisenä eikä todellista käsitystä tilanteesta ollut. Vaivoja dramatisoitiin, jotta hoitoon pääseminen olisi ollut nopeampaa. Haasteita syntyi, jos hoito ei toteutunut välittömästi tai tilanteeseen ei ollut mahdollista saada potilaan toivomaa hoitoa.

”On vaikea saada todellista käsitystä tilanteesta, koska usein suurentelevat ja dramatisoivat oireita. Täytyy olla todella tarkkana, että löytää oikean ongelman, sekä sen laajuuden. Ilmeisesti osaltaan luulevat, etteivät saa hoitoa, jos eivät ole tarpeeksi dramaattisia ja vaativia.”

”Joskus potilaat odottavat lähetettä esim. erikoislääkärille asioissa, jotka voidaan hoitaa terveysasemalla.”

”Ongelmana potilaiden tietämättömyys suomalaisesta terveydenhuollosta; mitä palveluita saa ja mihin on oikeutettu.”

5.1.4 Hoitohenkilöstön ja potilaiden asenteet

Vastaajat kertoivat erilaiset asenteet haasteellisiksi. Kielteisiä asenteita esiintyi sekä hoitohenkilökunnalta potilaita kohtaan, että potilailta hoitohenkilökuntaa kohtaan. Eräs vastaajista kuvaili työilmapiirissä tapahtunutta muutosta, kun osalla työtovereista oli ollut negatiivisia asenteita eri kulttuureista tulevia potilaita kohtaan. Oli myös ollut tilanteita, joissa kaikki eivät olleet suostuneet hoitamaan monikulttuurisia potilaita. Tämän kuvailtiin vaikeuttavan esimerkiksi työnjakoa. Toisaalta todettiin, että näitä tilanteita esiintyi kuitenkin melko harvoin. Toinen vastaaja kertoi, että negatiiviset asenteet eivät näkyneet niinkään potilaiden kohtelussa, vaan tulivat esiin henkilökunnan keskuudessa.

”Kaikki hoitajat eivät ole yhtä halukkaita hoitamaan eri kulttuurista tulevia potilaita. Tämä hankaloittaa esimerkiksi työnjakoa, mutta näin tapahtuu kuitenkin harvoin.”

”Työilmapiiriin tulee jännitteitä osan henkilökunnan negatiivisista asenteista maahanmuuttajia kohtaan. Kohtelevat heitä kyllä asiallisesti, mutta negatiiviset mielipiteet tulevat ilmi muissa yhteyksissä, esim. kahvipöytäkeskusteluissa.”

Potilaiden negatiiviset ja ennakkoluuloiset asenteet hoitohenkilöstöä kohtaan koettiin myös yhtenä hoitotyön haasteena. Potilaiden asenteista, epätietoisuudesta ja ennakkoluuloista johtuva epäluottamus suomalaisia käytänteitä kohtaan todettiin hankaloittavan hoitoa. Osa vastaajista oli myös kokenut eri kulttuureista tulevilta potilailta rasistisia syytöksiä, vaikka samoja sääntöjä ja käytänteitä oli noudatettu kaikkien potilaiden kohdalla.

”Helposti sanotaan rasistiksi, vaikka samat säännöt koskevat osastoilla kaikkia potilaita. Ei ymmärretä tätä vaan otetaan henkilökohtaisesti.”

”Hyvin usein esitetään, että olemme vain rajoittuneita tai ennakkoluuloisia, kun yritämme pitää saman linjauksen kaikkien potilaiden kohdalla, niin kantasuomalaisten kuin maahanmuuttajien.”

5.1.5 Läheisten osallistuminen hoitoon

Vastaajat kokivat puolison, perheen ja suvun merkityksen ja osallistumisen hoitoon ajoittain haastavana. Vierailijoita saattoi käydä esimerkiksi osastohoidon aikana suuri määrä. Vierailijoiden runsaan määrän koettiin väsyttävän potilasta sekä häiritsevän hoitajien työskentelyä. Lisäksi vastaajat ajattelivat muiden potilaiden yksityisyyttä ja rauhaa, jota jonkun potilaan suuri vierailijamäärä saattoi häiritä. Joidenkin potilaiden läheiset saattoivat kysyä yksitellen samat tiedot potilaasta usealta hoitajalta ja lääkäriltä. Hoitoa vaikeuttivat myös omaisten erilaiset mielipiteet hoidosta ja sen etenemisestä.

”Koko suku haluaa yksitellen samat tiedot jokaiselta hoitajalta ja lääkäriltä, ja jokaisella heistä on oma mielipide hoidosta.”

”Omaisten pitkäaikainen oleskelu osastolla saattaa väsyttävät potilasta ja vaikeuttaa muiden potilaiden lepoa ja rauhaa.”

Vastaajien mukaan perheen läsnäolo ja huoli oli ollut arvostettavaa ja monessa kulttuurissa lähiomaisia oli enemmän mukana kuin suomalaisilla. Vastaajat kertoivat, että olivat kuitenkin toisinaan joutuneet rajoittamaan vierailijoiden määrää. Rajan vetäminen koettiin haastavaksi ja osa omaisista oli pitänyt sitä epäkunnioittavana. Joillakin perheillä oli

tämän lisäksi ollut vaikeuksia ymmärtää, miksi koko suku ei ollut saanut osallistua esimerkiksi joihinkin hoitotoimenpiteisiin. Yhtäaikaisten vierailujen rajoittaminen esimerkiksi vuode- ja teho-osastolla oli saanut omaisissa aikaan negatiivisia tunteita.

"Omaisten kanssa on joskus vaikea vetää rajoja esimerkiksi vierailuille."

"Perheen läsnäolo valitettavasti usein aiheuttaa oman työni hankaloitumista."

Monen kulttuurin perhekäsitykset verrattuna suomalaisiin käytänteisiin aiheuttivat haasteita. Vastaajat kuvasivat tilanteita, joissa omaiset olivat tuoneet potilaalle omia vuodevaatteita ja valmistamaansa ruokaa. Joissain kulttuureissa oli ajatus siitä, että hoitohenkilökuntaa ja potilasta tulee olla jatkuvasti avustamassa. Lisäksi perheen sisäinen hierarkia vaikutti potilastyöhön. Haastetta loi esimerkiksi tilanteet, joissa päätökset tekivät joku muu kuin itse potilas.

"Perhekäsityksen erilaisuus voi välillä tuoda lisähaastetta."

"Koko suku haluaa olla hoitamassa potilasta."

"Suomessa hoitaminen ei ole niin perhekeskeistä kuin monista maista tulevilla. Omassa maassaan ovat tottuneet, että potilasta ja hoitohenkilökuntaa täytyy olla avustamassa."

5.1.6 Ajankäyttö ja aikataulujen noudattaminen

Haasteeksi koettiin ajankäyttö ja aikataulujen noudattaminen. Hoidon ohjaaminen oli hankalaa, sillä potilaat noudattivat annettuja ohjeita vaihtelevasti. Lisäksi hoitokontaktit saattoivat toisinaan olla lyhyitä, eikä hoitohenkilöstöllä ollut aikaa yrittää selvittää esimerkiksi pakolaisen monimutkaista taustaa. Potilaalla saattoi olla traumaattinen tausta ja heidän hoitamisensa saattoi vaatia erikoisosaamista, joita kaikilla hoitohenkilöstössä ei ole ollut.

"Aika ei riitä ymmärtämään toisen monimutkaista taustaa."

"Annettuja ohjeita ei noudateta niin tarkasti, kuin mihin Suomessa on totuttu."

Ajankäyttöä hankaloittivat myös potilaiden ja hoitohenkilökunnan erilaiset käsitykset aikatauluista ja niiden noudattamisesta. Monet vastaajat kokivat, että eri kulttuureista tulevat potilaat noudattivat aikatauluja vaihtelevasti ja saattoivat saapua esimerkiksi tuntia myöhemmin kuin vastaanottoaika olisi ollut. Osa saattoi jättää kokonaan tulematta tai oli tullut vääränä päivänä.

”Aikakäsitys on erilainen eri kulttuureissa.”

Hoidon ohjaaminen ja tutkimuksien valmistelu saattoivat viedä enemmän aikaa. Vastaajat kokivat lyhyet vastaanotto- ja potilaskontaktiajat haastavina. Potilaskohtaamisten ollessa lyhyitä oli ollut hankala kartoittaa muun muassa potilaan terveyteen liittyvää perustietoutta. Myös asioiden perusteellinen läpikäyminen oli annetussa ajassa haastavaa.

”Yleensä varatut vastaanottoajat ovat liian lyhyitä.”

”Monikulttuuristen potilaiden kanssa tarvitsee asiat käydä läpi yleensä perusteellisemmin, mutta yleensä vastaanottoajat ovat siihen liian lyhyitä.”

5.2 Kehitysehdotukset

Kyselystä löytyi useita kehitysehdotuksia, joista suurin osa kohdistui koulutuksen tarpeeseen. Kulttuurisen moninaisuuden ymmärtämiseen kaivattiin lisää koulutusta. Useista vastauksista ilmeni, että tietoa haluttiin monikulttuuristen potilaiden erityispiirteistä, uskonnoista ja sairaskäsityksistä. Ehdotettiin esimerkiksi seminaaritilaisuutta, jossa eri kulttuurien edustajat voisivat itse kertoa omista tavoistaan ja käytänteistään. Vastaajat kaipa-sivat lisäkoulutusta myös oman toimialueen erityistarpeisiin, kuten psykiatialle, synnytukseen ja naistentaudeille.

”Tietoa ja koulutusta tarvitaan.”

”Henkilökunnalle pitäisi järjestää koulutus ´miten kohtaan erikulttuurista tulevaa potilasta ja sen omaista tai ´kulttuurilliset erot suhtautua sairastumiseen ja sairauteen´.”

Vastauksista ilmeni informaation tarve koskien tärkeimpiä huomion kohteita hoitotyössä, eri kulttuureissa ja uskonnoissa. Vastaajat ehdottivat, että esimerkiksi työpaikan verkkosivuilla asiat olisi ilmaistu lyhyesti ja ytimekkäästi. Tämän lisäksi verkkosivuille kaivattiin ohjeita esimerkiksi vainajanlaittoon sekä eri kulttuureista tulevien potilaiden suhtautumisesta kuolemaan. Muutaman vastaajan mielestä ennakkoluulojen poistamiseen tulisi kiinnittää huomattavasti enemmän huomiota.

”Selkeää, yksinkertaista ja nopealukuista informaatioita niistä pääasioista, jotka tulee huomioida eri kulttuureissa ja uskonnoissa.”

”Enemmän koulutusta ja positiivista energiaa monikulttuuriseen hoitotyöhön.”

Koulutuksen lisäksi vastaajat toivoivat potilasohjeita useammalle eri kielelle. Tällä hetkellä kaikkia ohjeita ei ollut edes ruotsiksi ja englanniksi. Yleisimpänä toiveena oli saada potilasohjeet myös arabian kielellä. Muutama vastaaja oli myös ehdottanut kuvallisia tai symbolisia ohjeita helpottamaan potilaiden kanssa kommunikointia. Hoitohenkilöstö toivoi, että potilaille lähetettävät kutsukirjeet ja valmistautumisohjeet lähetettäisiin vähintään englanniksi. Käytävillä vastaajat ehdottivat suomenkielisten opastuskylttien lisäksi englanninkielisten opasteiden asentamista. Tämä helpottaisi potilaita löytämään paremmin perille eri osastoille ja poliklinikoille. Ohjeistuksiin kaivattiin myös keinoja selittää kotiuttaessa, kuinka suomalainen terveydenhuolto toimii ja käyttäytyy.

”Lyhyt kirjallinen esite, jossa olisi henkilön äidinkielellä muutama yhdisteltävä fraasi kehonkuvan ja aikamääreiden lisäksi auttaisi monissa tilanteissa.”

”On vaikea opastaa potilasta eteenpäin, kun opasteet eivät ole helposti havaittavissa. Fonttikokoa ja nuolia pitäisi lisätä sekä suurentaa.”

Osa vastaajista kaipasi työnantajan toimesta enemmän mahdollisuuksia kielten opiskeluun. Eräs vastaaja ehdotti, että verkkosivuilla voisi olla englannin ja ruotsin kielen verkkokursseja ja verkkotestejä. Näillä työntekijät voisivat ylläpitää muun muassa hoitoalan sanastoa. Kielitaito pysyisi paremmin yllä, kun sitä olisi mahdollisuus harjoittaa päivittäin. Kielitaitoon liittyen myös tulkkipalveluihin tarvittiin parannusta. Tulkkipalveluihin kaivattiin enemmän resursseja sekä niiden käyttämiseen sujuvuutta ja nopeutta.

6 POHDINTA

6.1 Tulosten pohdinta

Vastaajat kokivat kyselyn ja sen aiheen tärkeäksi, sillä monikulttuurisuuden tuomat haasteet näkyivät hoitotyössä lähes päivittäin. Monikulttuurisessa hoitotyössä on koettu haasteita sekä Suomessa (Mulder ym. 2015) että myös kansainvälisesti (Long, 2012; Delgado, 2013; Gurm & Cheema, 2013; Hart & Marenco 2013; Raman, 2015; Hart & Marenco, 2016; Almutairi ym, 2017). Sitä ohjaamaan on laadittu muun muassa eettisiä ohjeita sekä Suomen, että kansainvälisten sairaanhoitajaliittojen toimesta. Lisäksi lait velvoittavat hoitohenkilöstön toimintaa eri kulttuureista tulevien potilaiden kanssa. Ohjeistuksista huolimatta hoitotyössä kohdataan yhä haasteita ja niihin kaivataan monipuolisia ratkaisumalleja.

Kuten johdannon taulukosta (kuvio 1) voidaan tarkastella, ulkomaan kansalaisten osuus Suomessa on kasvanut viimeisen kymmenen vuoden aikana merkittävästi (Tilastokeskus 2016b). Myös Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella ulkomaalaistaustaisten osuus on lisääntynyt. Tilastokeskuksen mukaan määrä on kaksinkertaistunut viimeisen kymmenen vuoden aikana. (Tilastokeskus 2016a.) Opinnäytetyön tuloksia ei voida suoraan verrata koskemaan koko Suomea, sillä eri alueilla on vaihteleva määrä erilaisia kulttuureja ja kansalaisuuksia. Toisaalta hoitajien kokemat haasteet ovat olleet monissa tutkimuksissa samanlaisia, maasta tai alueesta riippumatta. (Long, 2012; Delgado, 2013; Hart & Marenco 2013; Mulder ym. 2015; Raman, 2015; Hart & Marenco, 2016; Almutairi ym, 2017.)

Kansainvälisissä tutkimuksissa esimerkiksi Arabiemiirikunnissa, Ruotsissa, Espanjassa, Taiwanissa ja Yhdysvalloissa suurimmaksi haasteeksi nousi yhteisen kielen puuttuminen. Tämä vaikutti negatiivisesti hoitajien, potilaiden ja heidän omaistensa väliseen kommunikointiin. (Hart & Marenco 2013, 2224.) Myös tässä opinnäytetyössä hoitohenkilöstön suurimmaksi koettu haaste oli yhteisen kielen puuttuminen. Vastauksista ei selvinnyt suoraan, kuinka paljon tämä oli ollut yhteydessä myös muihin hoitohenkilöstön kokemiin haasteisiin monikulttuurisessa hoitotyössä. On kuitenkin ilmeistä, että yhteisen kielen puuttuminen vaikuttaa kaikkiin esiteltymiin tuloksiin, sillä kommunikoinnin ollessa vaikeaa, hoitohenkilöstön on lähes mahdotonta tuoda esille kulttuurista osaamistaan. Vas-

taajat myös kertoivat, että luontevan hoitosuhteen luominen oli vaikeutunut yhteisen kielien puuttuessa ja sama ongelma tuli esille myös Hartin ja Marenon (2013, 2228) tutkimuksessa.

Hoitotyössä pitäisi käyttää ammattitulkkia, jos yhteistä kieltä ei ole (Juntunen 2009, 150), sillä ymmärretyksi tuleminen on sekä potilaan että hoitohenkilöstön oikeus (Turtiainen 2013, 194). Opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että hoitohenkilöstö koki tulkkipalveluiden käyttämisen vaikeaksi. Tulkkia ei aina ollut saatavilla oikeaan aikaan tai tulkki ei ollut osannut sairaalasanastoa. Ilman yhteistä kieltä ja toimivaa tulkkipalvelua hoitohenkilöstön on haastavaa käyttää kulttuurista pätevyyttään. Hoitaja saattaa kokea turhautumista, jos hän ei kykene kielimuurin vuoksi auttamaan potilasta. Toisaalta potilaalle turvallisen ja välittävän olon luomiseen ei aina tarvita yhteistä kieltä, vaan hoitajan eleet ja ilmeet ovat yhteydessä tämän vaikutelmaan muodostumiseen.

Tulkin puuttuessa hoitohenkilöstö kertoi käyttäneensä puolisoa tai omaisia tulkkeina, mikä ei ole suositeltavaa (Michigan Nurse 2015, 9). Tämä on hoitotyössä haastava tilanne, sillä asiat täytyy jollain keinolla potilaalle selittää. Hoitohenkilöstön tulisi tässä tilanteessa olla varmoja, että potilas on samaa mieltä puolison tai omaisen toimimisesta tulkkeina. Hoitohenkilöstö oli pohtinut asian eettistä näkökulmaa ja vastauksista välittyi, että he tiedostivat riskin esimerkiksi väärinymmärtämisen tai väärän informaation mahdollisuudesta.

Vastaajien mukaan tietämättömyys eri kulttuurien erityispiirteistä aiheutti hoitotyöhön kielellisten haasteiden lisäksi merkittäviä ongelmia. Tiedonpuute aiheutti epävarmuutta toimia monikulttuuristen potilaiden kanssa. Tämä on saattanut olla joillekin kynnys lähteä hoitamaan potilasta. Myös Hartin ja Marenon (2013, 2225) tutkimuksessa kulttuurisen tiedon vähäisyys nousi suureksi ongelmaksi. Hoitajat kertoivat, että erilaisten kulttuurien uskomukset ja eroavaisuudet olivat hankalia sisäistää. (Hart & Marenon 2013, 2227.) Hoitohenkilöstöllä oli selvästi halu tietää ja ymmärtää enemmän erilaisista kulttuureista. He halusivat kehittää kulttuurista osaamistaan ja toivoivat ymmärtävänsä erilaisten kulttuurien ja uskontojen erityispiirteitä. Hartin ja Marenon (2013, 2227) mukaan monen eri kulttuurin hallitseminen on kuitenkin haastavaa. Pelkästään saman kulttuuriryhmän sisällä saattaa olla paljon sisäisiä eroavaisuuksia. Lisäksi kulttuurit ja etniset ryhmät sekoittuvat keskenään, mikä osaltaan lisää haasteita kulttuurien oppimiseen. (Hart & Marenon 2013, 2227.)

Tuloksista ilmeni, että potilailla oli hoidon suhteen erityisiä toiveita. Esimerkkinä tästä mainittiin hoitotoimenpiteiden toteuttamiset. On tärkeää, että hoitohenkilöstö on kiinnostunut tietämään ja ymmärtämään potilaan taustoja. Tieto potilaan kulttuurisesta taustasta saattaisi helpottaa hoitohenkilöstöä ymmärtämään paremmin potilaan tarpeita. Potilaalla on kuitenkin oikeus valita, haluaako hän kertoa omasta kulttuuristaan ja uskonnostaan. Tämän lisäksi potilaalla on lain mukaan oikeus yksityisyyteen (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785), eikä hän ole velvoitettu perustelemaan toiveitaan ja pyyntöjään, mikäli ei tätä itse halua. Hoitohenkilöstön on pohdittava, miten näissä tilanteissa tulisi toimia ja onko potilaan kulttuurinen tausta ja uskonto hoidon suunnittelun kannalta välttämätöntä tietää.

Osa vastaajista kertoi pelkäävänsä oman käytöksensä loukkaavan potilasta, koska aina ei ollut varmuutta mistä asioista oli soveliasta puhua. Ajatuksesta välittyi kunnioittava asenne potilasta kohtaan. Toisaalta tämä saattaa myös aiheuttaa potilastilanteiden välttelyä, joka voi näyttäytyä potilaille syrjimisenä. Hoitajan ei ole tarkoituksenmukaista hallita kaikkia eri kulttuureita, mutta yksinkertaisiin potilaskohtaamisiin kykenevät kaikki. Esimerkiksi jo potilaan puhuttelu hänen omalla nimellään olisi yksinkertainen keino tämän toteuttamiseen (Michigan Nurse 2015, 9).

Läheisten osallistuminen hoitoon oli koettu haasteelliseksi, jos vierailijoita oli ollut paljon. Suomalaiseen kulttuuriin verrattuna monissa muissa kulttuureissa ollaan yhteisöllisempiä (Abdelhamid 2009b, 113–114). Tästä syystä hoitohenkilöstö saattaa kokea runsaan vierailijamäärän häiritseväksi. Mulder ym. (2015, 30) toteavat pilottitutkimuksissaan, että yli kymmenesosa vastaajista suhtautui negatiivisesti monikulttuurisen potilaan luona vierailevaan sukuun (Mulder ym. 2015, 30). Hoitohenkilöstön mukaan joissakin tapauksissa vierailijoiden määrää oli jouduttu rajoittamaan, jotta muiden potilaiden rauha oli kyetty säilyttämään. Eri kulttuureista tulevat potilaat ovat saattaneet kokea tämän epäkunnioittavana, sillä toisin kuin suomalaisilla heidän lähipiiriinsä on saattanut kuulua kymmeniä ihmisiä.

Hoitajien olisi hyvä tiedostaa, mistä omaisten toiminta johtuu ja kuinka se potilaan vointiin vaikuttaa. Joissakin kulttuureissa suuri vierailijamäärä voidaan kokea enemmän voimavarana kuin kuormittavana tekijänä. Yhteiset säännöt on kuitenkin asetettu tietyin kriteerein ja niiden noudattaminen kuuluu kulttuurista riippumatta kaikille. Nämä tilanteet

saattavat aiheuttaa haasteita, varsinkin jos suomalaiset käytänteet eivät ole potilaan tiedossa. Hollan ja Hogg (2010, 5) toteavat teoksessaan, että kahden henkilön kohtaamisessa yhdistyy kolme eri kulttuuria. Kahden eri henkilön lisäksi kolmantena tekijänä nähdään ympäristön luoma kulttuuri. (Holland & Hogg 2010, 5.) Hoitohenkilöstön ja potilaan välille voi siis tulla ristiriitatilanteita, jotka johtuvat ympäristön, tässä tilanteessa sairaalan asettamista, säännöistä ja tavoista. On mahdollista, ettei potilas ymmärrä tätä, vaan ajattelee nämä hoitohenkilökunnan omiksi asenteiksi. Sairaalan säännöistä olisi hyvä keskustella jo heti hoidon alussa, jotta väärinymmärryksiltä välttyttäisiin.

Väärinymmärrykset voivat johtaa negatiivisten asenteiden syntymiseen. Mulderin ym. (2015, 32) tekemässä pilottitutkimuksessa hoitotyöntekijöillä oli melko vähän ennakkoluuloja ja rasistisia asenteita. Näillä nähtiin kuitenkin olevan selvä negatiivinen yhteys monikulttuuriseen osaamiseen. (Mulder ym. 2015, 32.) Gurmin ja Cheeman (2013, 182) tekemässä tutkimuksessa taas todettiin, että syrjintää ja eriarvoisuutta esiintyi yhä merkittävästi. (Gurm & Cheema 2013, 182). Tässä opinnäytetyössä vastaajilla esiintyneet ennakkoluulot ja asenteet olivat verrattain vähäisiä. Toisaalta kyselyssä ei ollut suoraa kysymystä hoitohenkilöstön asenteista, vaan ne ilmenivät haasteiden ja muiden vastausten yhteydessä. Tämän lisäksi osa vastaajista mainitsi haasteeksi kollegoiden negatiiviset asenteet monikulttuurisia potilaita kohtaan. Nämä saattoivat aiheuttaa esimerkiksi potilastilanteiden välttelyä tai niistä kieltäytymistä.

Monikulttuurisessa osaamisessa hoitohenkilöstön on tärkeää tunnistaa omat ennakkoluulonsa ja asenteensa monikulttuurisia potilaita kohtaan (Hart & Marengo 2013, 2229; Mulder ym. 2015, 32). Papadopoulosin ym. (2008) mukaan monikulttuurisessa osaamisen kehitysmallissa hoitaja kehittää itseään nelivaiheisesti etenevän prosessin mukaan. Monikulttuurisen osaamisen kehittäminen alkaa hoitajan oman kulttuuri-identiteetin tarkastelusta sekä omien asenteiden ja ennakkoluulojen tunnistamisesta. Vasta tämän jälkeen hoitajan on mahdollista oppia huomioimaan muiden kulttuurien erityispiirteitä. (Papadopoulos ym. 2008.) Voi olla, että osa vastaajien reaktioista johtui omista tiedostamattomista asenteista. Kielteisiä asenteita ei useinkaan haluta tuoda suoraan ilmi. On mahdollista, että asenteet ja ennakkoluulot olisivat nousseet vielä enemmän esille, jos niistä olisi kysytty erikseen. Omia asenteita ja ennakkoluuloja on vaikea salata, jos niitä ei itse tiedosta. Nämä voivat vaikeuttaa monikulttuurisen hoitotyön toteuttamista. Vaikka hoitaja ei itse kokisi toimintaansa tai ajatuksiaan jotakin kulttuuria loukkaavaksi, voivat ne kuitenkin sitä olla.

Hoitohenkilöstöllä oli kokemuksia myös potilaiden asenteista. Vastaajat esimerkiksi kertoivat, että potilaat olivat kutsuneet hoitajia rasistisiksi, vaikka hoitohenkilöstö oli noudattanut samoja käytänteitä kuin kantaväestön kanssa. Näissäkin tapauksissa vähäisellä informaatiolla on voinut olla vaikutusta asenteisiin. Tietysti on myös mahdollista, että potilaan oma kulttuurinen näkemys on niin voimakas, ettei hän ole valmis ymmärtämään toisen kulttuurin käytänteitä. Almutairi ym. (2017, 1) mainitsevat tutkimuksessaan, että eri kulttuurien tuomat monimutkaiset eroavaisuudet voivat helposti johtaa väärinkäsityksiin, negatiivisiin asenteisiin, syrjintään ja stereotypioihin.

Länsimaisessa kulttuurissa aikakäsitys on lineaarinen eli yksiaikainen, jossa edetään etukäteen tehdyn suunnitelman mukaisesti yksi asia kerrallaan (Abdelhamid 2009b, 119). Tämä huomioiden on selvää, että muiden kulttuurien erilaiset aikakäsitykset aiheuttivat hoitotyöhön lisähaasteita. Abdelhamidin (2009b, 119) mukaan esimerkiksi Etelä-Euroopan ja Lähi-Idän kulttuureissa aikaa pidetään rajattomana, samanaikaisena ja moniaikaisena. Tällaisissa kulttuureissa on luontevaa hoitaa monia henkilöitä ja asioita samanaikaisesti. (Abdelhamid 2009b, 119.) Hyvää hoitosuhdetta rakennettaessa tämä luo oletettavasti ristiriitatilanteita. Esimerkiksi yllättävä sukulaisen vierailu voidaan kokea tärkeämpänä kuin sovitulle vastaanottoajalle saapuminen (Abdelhamid 2009b, 118). Kun sovitusta ajoista myöhästytään tai niihin ei saavuta lainkaan, hankaloittaa se jo ennestään haasteellisia potilastilanteita. Kyselyssä osa hoitohenkilöstä myös koki, että annetut vastaanottoajat olivat usein liian lyhyitä. Vastauksista ei käynyt kuitenkaan ilmi, oliko eri kulttuureista tuleville mahdollista antaa esimerkiksi pidempää vastaanottoaikaa, jos arvioidaan, että asioiden läpikäyminen veisi normaalia pidemmän ajan. Tuloksista selvisi, että monet hoitohenkilöstön jäsenet halusivat luoda hyvän hoitosuhteen monikulttuurisiin potilaisiin, mutta rajallinen aika ei ollut tätä mahdollistanut.

Kulttuuri vaikuttaa siihen, miten potilaat ymmärtävät oman kehonsa ja hoitavat sitä. Tämän lisäksi se vaikuttaa käsitykseen terveydestä ja sairastumisesta (Leavitt 2010, Ortizn & Caseyn 2017, 280 mukaan). Vastaajat kertoivat, että useilla potilailla tietämys terveydestä ja erilaisista sairauksista oli hyvin puutteellista. Toisaalta joissain tilanteissa kulttuuriset erot ja ajattelutavat on saatettu tulkita tiedon puutteeksi. Monikulttuurisilla potilailla taustat voivat olla hyvin erilaiset, joten tämä voi selittää tietämyksessä esiintyvät eroavaisuudet. Monilla potilailla ei ole välttämättä ollut omassa kotimaassaan mahdollisuuksia terveydenhuollon palveluihin tai niiden opetukseen. Näissä tilanteissa hoitohenkilöstö kohtaa selviä haasteita.

Useissa kulttuureissa terveydenhuolto toimii eri tavalla. Kaikkialla hoitohenkilöstön roolijako ei tapahdu kuten Suomessa. Tämä saattaa olla yksi syy sille, minkä takia moni hoitohenkilöstöstä nosti ongelmalliseksi lääkärikeskeisyyden sekä sairaanhoitajien vähäisen arvostuksen. Hoitohenkilöstön sukupuoli nousi myös monissa vastauksissa haasteeksi. Varsinkin intiimiasioissa mieslääkäri voi olla naispuoliselle potilaalle vahvasti kulttuurin tai uskonnon vastainen. Naispotilas voi kokea tämän erittäin nöyryyttävänä ja häpeällisenä. Vaikutukset eivät välttämättä kosketa pelkästään potilasta, vaan ne voivat heijastua myös hänen omaisiinsa. Kuten vastaajat toivat kyselyssä esille, nämä tilanteet voivat olla todella hankalia. Aina ei ole mahdollista toteuttaa potilaiden tarpeita ja näissä tilanteissa hoitohenkilöstön monikulttuurinen osaaminen on erityisen tärkeää.

Vastaajien mukaan tärkein kehityksen kohde oli koulutuksen järjestäminen. Lisäkoulutuksen avulla hoitohenkilöstölle tulisi enemmän tietoa ja taitoa monikulttuurisesta hoitotyöstä. Hoitohenkilöstö kaipasi koulutusta erityisesti kulttuurien erityispiirteistä, uskonnoista ja sairauskäsityksistä. Myös muissa tutkimuksissa koulutuksen järjestäminen oli ollut hoitajien kehitysehdotuksena (Mulder ym. 2015, 27–30; Hart & Marenó 2016, 121). Koulutuksella voidaan vaikuttaa positiivisesti hoitohenkilöstön monikulttuurisiin tietoihin, taitoihin ja asenteisiin (Delgado 2013, 204; Mulder ym. 2015, 32) ja näin lisätä hoitohenkilöstön kulttuurista pätevyyttä. Mulderin ym. (2015, 28) tutkimuksessa lisäkoulutuksen käyneet raportoivat vähemmän ennakkoluuloja monikulttuurisia potilaita kohtaan. (Mulder ym. 2015, 28). Työnantajan tulisi siis mahdollistaa jatkuvat kulttuuriset koulutusohjelmat, jotta hoitohenkilöstö kykenisi paremmin kohtaamaan monikulttuurisessa hoitotyössä ilmeneviä haasteita (Gurm & Cheema 2013, 182; Almutairi ym. 2017, 7–8). Asenteiden ja ennakkoluulojen esiintyminen työntekijöiden keskuudessa tulisi motivoida sairaaloita koulutuksen järjestämiseen (Gurm & Cheema 2013, 182). Myös koulutuksen laatuun ja suunnitteluun on kiinnitettävä huomiota, sillä Hartin ja Marenon (2013, 2229) tutkimuksessa hoitajien kokemukset koulutuksesta eivät olleet ainoastaan positiivisia, vaan esimerkiksi koulutuksen pituutta ja sisältöä kommentoitiin liian suppeaksi. Longin (2012, 104–105) tutkimuksen mukaan käytännön tekemisellä on saatu parhaimmat tulokset. Sitä kautta ymmärrys, tieto ja itsevarmuus työskennellä monikulttuuristen potilaiden parissa oli lisääntynyt. Käytännön esimerkkeinä mainittiin simulaatiot, ryhmäkeskustelut ja kokemusasiantuntijoiden luennot. (Long 2012, 104–105.)

Hoitohenkilöstön kommunikaatio-ongelmiin ehdotettiin ratkaisuksi tulkkipalveluiden kehittämistä. Nykyinen tulkkipalvelu koettiin ajoittain kömpelöksi ja siihen kaivattiin lisää

selkeyttä ja nopeutta. Useissa tilanteissa tulkilta puuttui tietämys sairaalasanastoista ja latinan kielestä. Myös Gurmin ja Cheeman (2013) tekemässä tutkimuksessa hoitajat kertoivat tulkkipalveluissa olleen samankaltaisia ongelmia (Gurm & Cheema 2013, 182). On epärealistista, että hoitohenkilöstö pystyisi omaksumaan täysin vieraita kieliä. Pääsääntöisesti toivottiinkin mahdollisuutta ylläpitää jo olemassa olevaa kielitaitoa, joka useiden kohdalla tarkoitti englannin ja ruotsin kieltä. Tähän vastaajat ehdottivat työnantajan mahdollistamaa verkko-opiskelua.

Yhtenä kehitysehdotuksena oli materiaalin helppo saatavuus esimerkiksi työpaikan verkkosivuille. Hoitohenkilöstö toivoi, että sieltä löytyisi tärkeimpiä asioita monikulttuuristen potilaiden hoidon erityispiirteistä. Tämä olisi helposti toteutettavissa, ja sen avulla hoitohenkilöstö pystyisi työpaikalla lukemaan tietoa eri kulttuureista. Monikulttuurisia potilaita kohdatessa tiedon löytäminen olisi vaivattomampaa.

Opinnäytetyön johtopäätöksenä voidaan todeta, että hoitohenkilöstön mielestä monikulttuuriseen hoitotyöhön sisältyi paljon toisiinsa yhteydessä olevia haasteita. Eri kulttuurien ymmärtämistä pidettiin tärkeänä. Monikulttuurista hoitotyötä voidaan kehittää hoitohenkilöstön säännöllisellä kouluttamisella. Tämän seurauksena hoitohenkilöstön osaaminen lisääntyy ja epävarmuus vähenee. Aikaisemmissa tutkimuksissa koulutuksen tarpeesta on tullut samanlaisia tuloksia. Uusina kehitysehdotuksina kyselyn vastauksista nousivat materiaalin helppo saatavuus, opasteiden parempi näkyvyys sekä kielten verkko-opiskelu.

6.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Eettisyys on tärkeä osa tutkimusta, kuten myös opinnäytetyötä. Tutkimusta tehdessään tutkija joutuu useiden valintojen ja päätösten eteen, joita ratkoessaan on toimittava tutkimusetiikan mukaisesti. (Kylmä & Juvakka 2007, 137.) Tutkimusetiikalla eli hyvällä tieteellisellä käytännöllä tarkoitetaan, että tutkija noudattaa eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013, 6; Vilka 2015, 41). Tutkijan on toimittava tutkimusta tehdessään hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti, sillä sitä noudattamalla tutkimusta voidaan pitää eettisesti hyväksyttävänä ja luotettavana. Hyvän tieteellisen käytännön mukaan tutkijan on otettava muiden tutkijoiden työt kunnioittavasti huomioon ja viitattava töihin asiaan kuuluvalla tavalla,

sekä vältettävä plagiointia ja vääristelyä. (Hirsijärvi ym. 2009, 23–25; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013, 6.)

Tutkimuksessa täytyy tuoda esille uutta tietoa tai siinä on ehdotettava, miten vanhaa tietoa voitaisiin soveltaa uudella tavalla (Vilkkä 2015, 42). Hyvä tieteellinen käytäntö velvoittaa tutkijan noudattamaan rehellisyyttä sekä huolellisuutta kaikissa tutkimuksen eri vaiheissa (Hirsijärvi ym. 2009, 25; Vilkkä 2015, 42), sillä eettisissä kysymyksissä epäonnistuminen saattaa viedä koko tutkimukselta pohjan (Kylmä & Juvakka 2007, 137). Tutkimusetiikka on otettava huomioon jo aiheen valinnassa, jossa tutkijan on pohdittava aiheen oikeutusta ja hyödyllisyyttä (Kylmä & Juvakka 2007, 146; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176). Tutkija pohtii tutkimusetiikkaa myös sopivaa tutkimusmenetelmää arvioidessaan. Tutkijan on otettava selvää, onko tutkimuksesta haluttu tieto saavutettavissa valitulla menetelmällä ja onko valittu menetelmä eettisesti oikeutettu. (Kylmä & Juvakka 2007, 146.)

Opinnäytetyötä kirjoittaessa ja prosessin edetessä on pidetty mielessä jatkuvasti sekä eettisyyden että luotettavuuden näkökulma. Opinnäytetyn tarkoituksena oli lisätä tietoa hoitohenkilöstön kokemuksista monikulttuuriseen hoitoon liittyvistä haasteista sekä kehitysehdotuksista. Opinnäytetyöstä terveystieteen ammattilaiset ja terveystieteen opiskelijat saavat uutta tietoa. Työssä on käytetty sosiaali- ja terveystieteen kirjallisuutta ja samasta aiheesta tehtyjä aikaisempia tutkimuksia. Opinnäytetyössä on kunnioitettu toisten tutkijoiden töitä ja tuotu ne asiaankuuluvalla sekä kunnioittavalla tavalla julki. Lähdeviitteet on kirjattu tarkasti. Työtä tehdessä on vältetty plagiointia ja toisen kirjoittajan suorat lainaukset on merkitty tekstiin siten, että lukijalle selviää kyseessä olevan suora lainaus.

Tutkimustuloksia julkaistaessa on tärkeää, että tutkija on toiminut tarkasti sekä luotettavasti. Tutkijan on raportoitava vastaajien kuvaukset mahdollisimman totuudenmukaisesti, mutta kuitenkin vastaajia suojellen. Tuloksia julkistaessa tutkijan on varmistettava tutkimukseen osallistuneiden tunnistamattomuus, esimerkiksi lainauksista vastaaja ei saa olla tunnistettavissa. (Kylmä & Juvakka 2007, 154.) Etiikan lisäksi tutkijan on tarvittaessa huomioitava lainsäädäntö. Tutkimuksissa lainsäädännön tarkoituksena on turvata tutkimukseen osallistuvien henkilöiden koskemattomuus ja yksityisyys. (Kylmä & Juvakka 2007, 139.)

Opinnäytetyössä vastaajien anonyymiyys taattiin koko opinnäytetyöprosessin ajan. Aineistosta ei käynyt ilmi vastaajien tunnistetietoja, esimerkiksi nimiä tai osoitteita. Ainoat vastauksista ilmi käyneet tiedot olivat vastaajien ammattiryhmä ja toimialue. Vastaukset saatiin sellaisessa muodossa, joissa saman henkilön vastauksia ei voinut eri kysymysten kohdalla yhdistää toisiinsa. Opinnäytetyössä on suojeltu vastaajien tunnistamattomuutta, jotta hoitohenkilöstö ei pysty vastausten perusteella tunnistamaan työtovereitaan. Vastauksista ei ole käytetty sellaisia suoria lainauksia, joista olisi käynyt ilmi millä osastolla tai toimialueella vastaaja työskentelee. Laadulliseen tutkimukseen suhteutettuna vastaajien määrä on suuri, mikä vaikeuttaa osaltaan vastaajien tunnistamista (Kylmä & Juvakka 2007, 154). Vastauksia säilytettiin niin, ettei niitä ole ulkopuolinen päässyt tarkastelemaan.

Tutkimuksen tavoitteena on kuvata mahdollisimman luotettavasti tutkittua ilmiötä (Kylmä & Juvakka 2007, 127). Tutkimuksen luotettavuutta on tarkoitus arvioida kaikissa tutkimuksissa, sillä tutkimuksien luotettavuus ja pätevyys voivat vaihdella. Luotettavuutta voidaan mitata tai tutkia monella eri tavalla. (Hirsijärvi ym. 2009, 231.) Laadullisen tutkimuksen yleisiä luotettavuuskriteereitä ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys (Kylmä & Juvakka 2007, 127).

Uskottavuuden osoittamiseksi tutkijan on varmistettava tutkimukseen osallistuneilta, että tulokset vastaavat heidän käsitystään tutkimuskohteesta. Toinen tapa on keskustella samaa aihetta tutkineiden tutkijoiden kanssa. Riittävän pitkä aika tutkittavan aiheen parissa vahvistaa myös uskottavuutta. (Kylmä & Juvakka 2007, 128.) Opinnäytetyössä aineisto oli valmiiksi kerätty, joten tulosten lähettäminen kyselyyn vastanneille ei ollut mahdollista. Saaduista tuloksista on etsitty yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia samasta aiheesta tehtyihin tutkimuksiin. Tällä keinolla on saatu uskottavuutta myös tämän opinnäytetyön tuloksille.

Tutkimuksen vahvistettavuus velvoittaa tutkijan kirjaamaan koko tutkimusprosessin niin, että toisen tutkijan on mahdollista tarkastella prosessin kulkua. Refleksiivisyys puolestaan tarkoittaa, että tutkimuksen tekijän on oltava tietoinen omasta vaikutuksestaan koko tutkimusprosessiin ja tutkimuksen tuloksiin. Tutkijan on raportoinnissa arvioitava omaa vaikutustaan tutkimusprosessiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Kuten aiemmin työssä

viitattiin Vilkan (2015, 118) tekstiin, kokemuksia analysoidessa tutkija tarkastelee muiden kokemuksia oman ymmärryksensä ja kokemusien kautta. Tämän perusteella opinnäytetyössä on pyritty mahdollisimman neutraaliin ja luotettavaan vastausten tulkintaan.

Siirrettävyydellä tarkoitetaan tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin. Tutkijan on annettava lukijalle tarpeeksi tietoa tutkimukseen osallistuneista, jotta lukija voi myös itse arvioida tulosten siirrettävyyttä. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Opinnäytetyön tulokset eivät ole suoraan siirrettävissä, sillä ne kuvastavat hoitohenkilöstön kokemuksia vain yhden organisaation alueelta. Kulttuurinen moninaisuus hoitotyössä saattaa näkyä esimerkiksi pääkaupunkiseudulla tai Pohjois-Suomessa eri lailla kuin Pirkanmaalla. Tuloksia voidaan tästä huolimatta hyödyntää myös muiden organisaatioiden monikulttuurista hoitotyötä kehittäessä, sillä kuten muista samasta aiheesta tehdyistä tutkimuksista käy ilmi, samoja haasteita on koettu myös muualla.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida myös tutkimusprosessin eri vaiheissa (Kylmä & Juvakka 2007, 130). Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen kulun jokaisen vaiheen mahdollisimman tarkka selittäminen lukijalle lisää tutkimuksen luotettavuutta (Hirsijärvi ym. 2009, 232). Tutkija on tärkeässä roolissa luotettavuuden ja rehellisyyden suhteen, sillä luotettavuuden tarkastelun kohteena ovat tutkijan tekemät valinnat ja teot (Vilkka 2015, 196). Analyysivaiheen täsmällinen raportointi luokitteluista on olennaista laadullisen aineiston analyysissä. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006; Hirsijärvi ym. 2009, 232). Tutkijan on pystyttävä perustelemaan tekemänsä tulkinnat sekä miksi hän on luokitellut aineiston valitsemallaan tavalla. Tuloksissa käytetyt suorat lainaukset lisäävät luotettavuutta ja auttavat todentamaan lukijan tulkintoja. (Hirsijärvi ym. 2009, 232; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160.)

Opinnäytetyön tuloksissa vastaajien suoria lainauksia käytettiin todentamaan ja elävöittämään tekstiä. Lauserakenteeltaan puutteellisia lainauksia on muokattu, sillä Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2009, 161) mukaan alkuperäislainaukset suositellaan kuvattavaksi yleiskielelle muutettuina. Näin varmistetaan myös eettinen näkökulma, jolloin vastaaja ei ole tunnistettavissa esimerkiksi murteen perusteella. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 161.) Muuten vastausten sisältöä ei ole muokattu. Opinnäytetyön analyysin etenemistä voi tarkastella sitä kuvaavista taulukoista (taulukko 1; taulukko 2; taulukko 3; taulukko 4; liite 2).

Opinnäytetyö oli tekijöiden ensimmäinen laadullisella menetelmällä tehty työ ja se saattaa vaikuttaa luotettavuuteen heikentävästi. Tämän vuoksi laadullisen työn ohjeistuksia on noudatettu erityisen tarkasti. Opinnäytetyössä on käytetty huolella valittuja, mahdollisimman uusia tutkimuksia sekä muita lähteitä. Työssä on hyödynnetty paljon kansainvälisiä lähteitä, sillä suomenkielellä aiheesta löytyi vain vähän tutkittua tietoa. Tutkimukset on julkaistu luotettavissa kansainvälisissä hoitotieteen lehdissä (De Chesnay 2015, 170-171). Niitä käytettäessä on otettava huomioon käännösvirheiden mahdollisuus, jotka saattavat osaltaan heikentää luotettavuutta.

6.3 Jatkotutkimus- ja kehittämis ehdotukset

Tulosten perusteella kulttuurisen moninaisuuden ymmärtäminen koettiin tärkeäksi asiaksi ja koulutusta aiheesta toivottiin. Kehittämis ehdotuksena esitetään hoitohenkilöstön koulutusta monikulttuurisesta hoitotyöstä. Isossa organisaatiossa koko henkilöstön kouluttaminen voi olla haastavaa, sillä työntekijöitä on paljon. Osastolta saattaa päästä koulutukseen yhtä aikaa vain muutama henkilö, jolloin koko organisaation kouluttaminen vie paljon aikaa. Koulutus olisi kuitenkin tärkeä järjestää ja koulutuksen käyneet voisivat jatkokouluttaa työtovereitaan. Perinteisen koulutuksen lisäksi työpaikan verkkosivuille voitaisiin lisätä videoita monikulttuurisuudesta, esimerkiksi eri kulttuurien edustajat voisivat niissä kertoa oman kulttuurinsa erityispiirteistä. Koulutus lisäisi hoitohenkilöstön tietoutta eri kulttuureista ja näin parantaisi heidän monikulttuurista osaamistaan.

Kuten hoitohenkilöstön toiveena oli, toisena kehitysehdotuksena esitetään tulkkipalveluiden parantamista. Tulkkien saamisessa oli usein ollut pulaa, joten tulkkien saatavuuteen olisi panostettava. Ohjeistukset tulkkien käytöstä tulisi olla selkeitä, jotta hoitohenkilöstön on helppo tietää miten ja missä tilanteissa tulkkia on hyvä käyttää. Etätulkkauksen ja puhelintulkkauksen mahdollisuutta voitaisiin korostaa. Tulkkipalvelun sujuvuudella voitaisiin edesauttaa sekä potilaan että hoitohenkilöstön ymmärretyksi tuleamista. Tällä voitaisiin välttää mahdollisia riskejä ja vaaratilanteita joita ymmärtämättömyydestä tai väärinymmärryksestä voi seurata.

Jatkossa voitaisiin arvioida koulutuksen vaikutusta hoitohenkilöstön kulttuuriseen kompetenssiin. Olisi mielenkiintoista selvittää, kuinka hoitohenkilöstö kokee monikulttuurisen hoitotyön kouluttautumisen jälkeen ja ovatko he saaneet haasteisiin helpotusta. Myös

hoitohenkilöstön asenteita monikulttuurisia potilaita kohtaan voitaisiin kartoittaa. Toisaalta tämä edellyttäisi, että hoitajat tunnistaisivat omat asenteensa ja ennakoluulonsa. Lisäksi monikulttuurisen hoitotyön toteutumista ja haasteita voitaisiin tarkastella potilaiden näkökulmasta, minkälaisia haasteita he kokevat monikulttuurisessa hoidossa?

6.4 Opinnäytetyöprosessin pohdinta

Opinnäytetyöprosessi alkoi aiheen vallinnalla marraskuussa 2016. Työelämäpalaverissa tammikuussa tarkentuivat teoreettiset lähtökohdat, jonka jälkeen aloitettiin aiheeseen liittyvä tiedonhaku. Opinnäytetyön suunnitelma hyväksyttiin keväällä 2017 ja toukokuussa työelämätaholta saatiin monikulttuurisuuskyselyn vastaukset aineiston analyysia varten. Vastaukset oli koottu valmiiksi yhteen tiedostoon, joten niitä oli helppo analysoida. Sisällönanalyysi aloitettiin kesällä 2017. Vastausten määrä oli kyselyssä suuri, mutta vastausten samankaltaisuus helpotti analyysin tekemistä. Analyysi eteni tästä syystä melko vaivattomasti. Suurimpana ongelmana oli yläluokkien muodostaminen, joita tuli alkuun yksitoista. Näitä yhdistämällä saatiin lopulliset yläluokat. Asiat olivat samankaltaisia ja siksi luokkien muodostaminen oli haastavaa.

Teoreettiset lähtökohdat pysyivät opinnäytetyön edetessä lähes samoina. Käsitteiden erottaminen toisistaan tuotti aluksi vaikeuksia, sillä niiden määritelmässä on paljon päällekkäisyyksiä. Kansainvälisessä kirjallisuudessa käsite monikulttuurisuus (multiculturalism) on korvattu käsitteellä kulttuurinen moninaisuus, eli kulttuurinen diversiteetti (cultural diversity). Suomenkielisessä kirjallisuudessa taas käytetään edelleen käsitettä monikulttuurisuus. Tästä syystä kulttuurinen moninaisuus ei taivu suomenkielessä vielä yhtä ymmärrettävästi kuin monikulttuurisuus. Tulvaisuudessa tiedon lisääntyessä kulttuurinen moninaisuus- käsite saattaa vakiintua myös suomenkieleen.

Opinnäytetyön aihe tuli työelämätahon tarpeesta ja se motivoi työn tekemistä. Aihe on ajankohtainen, koska monikulttuuristen potilaiden määrä kasvaa jatkuvasti. Työelämätahoon oltiin prosessin aikana yhteydessä ja yhteistyö oli sujuvaa. Keskeneräinen työ lähetettiin työelämäohjaajan tarkasteltavaksi ja hän kommentoi työn etenemistä. Opinnäytetyötä ohjaava opettaja oli työelämätahon lisäksi tukena työn edistymisessä. Myös opponentit antoivat työhön hyödyllisiä vinkkejä ja korjausehdotuksia. Parityöskentely sujui

ongelmitta, eteneminen tapahtui selkeän suunnitelman mukaisesti ja työnjako oli tasapuolista.

Opinnäytetyö vastaa työlle asetettuja tavoitteita, tehtäviä ja tarkoituksia. Monikulttuurisessa hoitotyössä koetut haasteet tuotiin työssä esille ja niihin löydettiin kehitysehdotuksia sekä hoitohenkilöstön, että opinnäytetyön tekijöiden puolesta. Työ antaa työelämätalolle tärkeää tietoa hoitohenkilöstön kokemista haasteista ja keinoja niiden kehittämiseen.

LÄHTEET

Abdelhamid, P. 2009a. Monikulttuurisen hoitamisen eettinen arvoperusta. Teoksessa Abdelhamid, P. Juntunen, A. & Koskinen, L. 2009. Monikulttuurinen hoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy.

Abdelhamid, P. 2009b. Potilaan kulttuuriset taustatiedot. Teoksessa Abdelhamid, P. Juntunen, A. & Koskinen, L. 2009. Monikulttuurinen hoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy

Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. Neljäs, uudistettu painos. Tampere: Vastapaino.

Alitolppa-Niitamo, A. Fågel, S. & Säävälä, M. 2013. Olemme muuttaneet – ja kotoutumme. Maahan muuttaneen kohtaaminen ammatillisessa työssä. Väestöliitto. Luettu 19.08.2017.

http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/7d00e566cf32f5e3adbfbcb6b2c713fa2/1489945903/application/pdf/4715338/Olemme%20muuttaneet%20-%20ja%20kotoutumme_fi-nal%202608%20%283%29.pdf#page=133

Alligood, M-R. 2014. Nursing Theorists and Their Work. United States of America: Elsevier Mosby.

Almutairi, A. Adlan, A. & Nasim, M. 2017. Perceptions of the Critical Cultural Competence of Registered Nurses. BMC Nursing.

Andrist, L. Nicholas, P. Wolf, K. 2006. A History of Nursing Ideas. Canada Ontario: Jones and Barlertt Publishers.

Banerjee, L. 2012. Cultural Diversity and Cultural Competence. Saskatchewan Registered Nurses Association NewsBullet.

Bucher, R. 2008. Building Cultural Intelligence (CQ) Nine Megaskills. New Jersey: Pearson Prentice Hall.

Canadian Nurses Association. 2008. Code of Ethics for Registered Nurses. http://www.nurses.ab.ca/content/dam/carna/pdfs/DocumentList/EndorsedPublications/RN_CNA_Ethics_2008.pdf

Davies, M. 2007. Doing a Successful Research Project Using Qualitative or Quantitative Methods. New York: Palgrave Macmillan.

De Chesnay, M. 2015. Nursing Research Using Phenomenology. New York: Springer Publishing Company.

Delgado, D. Ness, S. Ferguson, K. Engstrom, P. Gannon, T. & Gillett, C. 2013. Cultural Competence Training for Clinical Staff: Measuring the Effect of a One-Hour Class on Cultural Competence. Journal of Transcultural Nursing 24 (2), 204–213.

Gurm, B. & Cheema, J. 2013. Cultural Safety Assessment of an Urban Canadian Hospital. Journal of Cultural Diversity 20 (4), 177–183.

Hart, P. & Maren, N. 2013. Cultural Challenges and Barriers Through the Voices of Nurses. *Journal of Clinical Nursing* 23, 2223–2233.

Hart, P. & Maren, N. 2016. Nurses' Perceptions of Their Cultural Competence in Caring for Diverse Patient Populations. *Online Journal of Cultural Competence in Nursing and Healthcare* 6 (1), 121–137.

Hallintolaki 2003/434.

Hirsijärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Holland, K. & Hogg, C. 2010. Cultural Awareness in Nursing and Health Care: An Introductory Text. London: Edward Arnold. UK.

Hyypä, H. Kiviniemi, L. Kukkola, J. Latomaa, T. & Sandelin, P. 2015. Kokemuksen tutkimuksen ulottuvuudet. Luettu 01.10.2017.

<http://www.oamk.fi/epooki/2015/kokemuksen-tutkimuksen-ulottuvuudet/>

Juntunen, A. 2009. Tulkin ja kulttuuritulkin käyttö taitona. Teoksessa Abdelhamid, P. Juntunen, A. & Koskinen, L. 2009. Monikulttuurinen hoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy

Kankkunen, P. Nikkonen, M. & Paasivaara, L. 2015. Kulttuurinen hoitotiede ja tutkimus. Reports and Studies in Health Sciences. Kuopio: Grano Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1-2 painos. Helsinki: WSOY Pro Oy.

Kansainvälisyys Suomen kulttuuripolitiikassa. 2016. Kupola. Kulttuuripolitiikka ja tuottajan lakitieto. Luettu 10.10.2017.

<https://kupolahumak.wordpress.com/kansainvalisyys-suomen-kulttuuripolitiikassa/>

Kieli- ja kulttuurivähemmistöt Suomessa. 2017. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 19.5.2017. Luettu 10.10.2017.

<https://www.thl.fi/fi/web/maahanmuuttajat-ja-monikulttuurisuus/kieli-ja-kulttuurivahemmistot-suomessa>

Kielilaki 2003/423.

Kiviniemi, K. 2010. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa: Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin. 3. Uudistettu painos. Juva: WS Bookwell Oy, 70–85.

Koskinen, L. 2009a. Kulttuuri, monikulttuurisuus, monikulttuurinen hoitotyö ja maahanmuuttaja käsitteinä. Teoksessa Abdelhamid, P. Juntunen, A. & Koskinen, L. 2009. Monikulttuurinen hoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy.

Koskinen, L. 2009b. Monikulttuurinen ja moniarvoinen yhteiskunta. Teoksessa Abdelhamid, P. Juntunen, A. & Koskinen, L. 2009. Monikulttuurinen hoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy.

- Koskinen, L. 2009c. Papadopoulosin, Tilkin ja Taylorin kulttuurisen kompetenssin opimisen malli. Teoksessa Abdelhamid, P. Juntunen, A. & Koskinen, L. 2009. Monikulttuurinen hoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Koskinen, L. 2009d. Transkulttuurisen hoitotyön mallien kehittyminen. Teoksessa Abdelhamid, P. Juntunen, A. & Koskinen, L. 2009. Monikulttuurinen hoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kulttuurista moninaisuutta koskeva yleismaailmallinen julistus. 2010. Helsinki: Suomen YK-liitto. Luettu 01.11.2017.
http://www.ykliitto.fi/sites/ykliitto.fi/files/kulttuurijulistus_lopullinen.pdfh
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.
- Leavitt, R. 2010. Exploring Cultural Diversity: Eliciting a Client's Ethnography in Cultural Competence: A lifelong Journey of Cultural Proficiency. Thorofare, NJ: Slack Incorporated.
- Leininger, M. McFarland, M. 2002. Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research & Practice. United States of America: The McGraw-Hill Companies, Inc.
- Long, T. 2012. Overview of Teaching Strategies for Cultural Competence in Nursing Students. Journal of Cultural Diversity 19 (3), 102–108.
- Michigan Nurse. 2015. Culturally Competent Nursing Care and Promoting Diversity in Our Nursing Workforce. Michigan Nurses Association.
- Mulder, R. Koivula, M. & Kaunonen, M. 2015. Hoitohenkilökunnan monikulttuurinen osaaminen – pilottitutkimus. Tutkiva Hoitotyö 13 (1), 24–34.
- Ortiz, J. & Casey, D. 2017. Dead Wrong! The Ethics of Culturally Competent Care. Med-surg nursing 26 (4), 279–282.
- Papadopoulos, I. Tilki, M. & Taylor, G. 2008. The Papadopoulos, Tilki and Taylor Model for Developing Cultural Competence. Leonardo da Vinci Partnership Project Irene. Intercultural Education of Nurses and Medical Staff in Europe. Luettu: 20.9.2017.
<http://ieneproject.eu/download/Outputs/intercultural%20model.pdf>
- Papadopoulos, I. 2006: The Papadopoulos, Tilki and Taylor Model of Developing Cultural Competence. Teoksessa Papadopoulos, Irena (toim.): Transcultural Health and Social Care. Development of Culturally Competent Practitioners. Elsevier. UK.
- Purnell, L. 2014. Guide to Culturally Competent Health Care. Third Edition. Philadelphia: F.A. Davis Company. USA.
- Raman, J. 2015. Improved Health and Wellness Outcomes in Ethnically/Culturally Diverse Patients through Enhanced Cultural Competency in Nurse Educators. Online Journal of Cultural Competence in Nursing and Health Care 5 (1), 104-117.

Registered Nurses' Association of Ontario. 2007. Embracing Cultural Diversity in Health Care: Developing Cultural Competence. Nursing Best Practice Guidelines Program. Luettu 15.09.2017.

http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Embracing_Cultural_Diversity_in_Health_Care_-_Developing_Cultural_Competence.pdfh

Ross, T. 2012. A Survival Guide for Health Research Methods. Berkshire: McGraw-Hill Companies.

Saaranen-Kauppinen & Puusniekka. 2006. KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. Verkkojulkaisu. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Luettu 07.10.2017.

<http://www.fsd.uta.fi/menetlmaopetus>

Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. 2014. Sairaanhoitajaliitto. Päivitetty 3.10.2014. Luettu 16.10.2017.

<https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Suomen virallinen tilasto. 2016. Väestörakenne. Vuosikatsaus. Helsinki: Tilastokeskus. Päivitetty 23.9.2016. Luettu 03.11.2017.

https://www.stat.fi/til/vaerak/2015/01/vaerak_2015_01_2016-09-23_tie_001_fi.htmlh

Suomen YK-liitto. Yhdenvertaisuus. Luettu 10.10.2017.

<http://www.ykliitto.fi/yk70v/kulttuurinen/monikulttuurisuus>

Suomisanakirja. Kokemus. Luettu 08.10.2017.

<http://www.suomisanakirja.fi/Kokemus>

Tilastokeskus. 2016a. Ulkomaalaistaustaisten osuus Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella. Suomen virallinen tilasto. Luettu 12.11.2017.

http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/Maahanmuuttajat_ja_kotoutuminen/Maahanmuuttajat_ja_kotoutuminen_Maahanmuuttajat_ja_kotoutuminen/007_ulkom_osuudet.px/chart/chartViewColumn/?rxid=518ded4a-a708-4e41-bbc7-6937f968457e

Tilastokeskus. 2016b. Ulkomaalaistaustaisten osuus Suomessa. Suomen virallinen tilasto. Luettu 10.11.2017.

http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/Maahanmuuttajat_ja_kotoutuminen/Maahanmuuttajat_ja_kotoutuminen_Maahanmuuttajat_ja_kotoutuminen/007_ulkom_osuudet.px/chart/chartViewColumn/?rxid=518ded4a-a708-4e41-bbc7-6937f968457e

Turtiainen, K. 2013. Maahanmuuttajien vastaanotto ja kotouttaminen kunnissa. Teoksessa: Korhonen, V. & Puukari, S. 2013. Monikulttuurinen ohjaus- ja neuvontatyö. Jyväskylä: PS-Kustannus, 191–205.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Helsinki. Luettu 11.10.2017.

http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Neljäs, uudistettu painos. Jyväskylä: PS-Kustannus.

Yhdenvertaisuuslaki 2004/21.

Yleinen Suomalainen asiasanasto. 2010. Kompetenssi. Päivitetty 23.5.2016. Luettu 31.10.17.

<https://finto.fi/ysa/fi/page/Y175419><https://finto.fi/ysa/fi/page/Y175419>

LIITTEET

Liite 1. Taulukko tiedonhausta

TIETO-KANTA	HAKULAUSEEN KUVAUS	HAKUEHDOT	HAKUTU-LOSTEN MÄÄRÄ
MEDIC	(hoitoh* OR sairaanh*) AND monikult*	2007-2017 Vain kokotekstit	23 osumaa
	monikult* AND (“kulttuurinen kyvykkyys” OR ”kulttuurinen kompetenssi”)	2007-2017 Vain kokotekstit	24 osumaa
	(“kulttuurinen kyvykkyys” OR ”kulttuurinen kompetenssi”) AND (hoitoh* OR sairaanh* OR hoitaj*)	2007-2017 Vain kokotekstit	125 osumaa
MELINDA	(hoitoh? OR sairaanh?) AND monikult?	Kaikki kielet, 2007-2017	81 osumaa
	Kulttuurinen kompetenssi	Kaikki kielet 2007-2017	9 osumaa
TAMK kokoel-mahaku	(Hoitoh* OR sairaanh* OR hoitot*) AND monikult*	Kaikki kielet 2007-2017	57 osumaa
CINAHL	Cultural diversity AND (nurs* OR healthcare) AND cultural competence	Englannin kieli, koko teksti, 2007-2017	94 osumaa
	Cultural diversity AND (nurs* OR healthcare) AND multicult*	Englannin kieli, koko teksti, 2007-2017	45 osumaa
	Multicult* AND healthcare AND (cultural competence OR cultural diversity)	Englannin kieli, koko teksti, 2007-2017	18 osumaa
	Multicult* AND nurse AND cultural diversity	Englannin kieli, koko teksti, 2007-2017	26 osumaa

Liite 2. Aineiston analyysin eteneminen

1 (4)

ALKUPERÄISILMAUS	PELKISTETTY ILMAUS
"Kieli. Tulkki usein vain pieniä aikoja käytettävissä, joskus ei lainkaan"	Kommunikoinnin vaikeus ilman tulkkia
"Lähinnä ne on kielellisiä ongelmia, potilaalla on huono englannin kielen taito ja itse en muita kieliä osaa"	Kielitaitoon liittyvä ongelma
"Hoitoon ohjaaminen, tutkimuksiin valmistelu yms. Vievät paljon aikaa eli useita tapaamiskertoja"	Ajankäyttö hoitotyössä
"Aikojen noudattaminen tuntuu olevan vaikeinta. Eivät tule sovittuna aikana, jättävät tulematta tai tulevat väärään aikaan"	Aikataulujen noudattamisen vaikeus
"Annettuja ohjeita ei noudateta niin tarkasti, kuin suomalainen on tottunut"	Ohjeiden noudattamattomuus
"Esimerkiksi kun koko perhe haluaa olla hoitamassa potilasta mutta vierailijoita on sallittu vain rajattu määrä"	Läheisten rajattu osallistuminen hoitoon
"Esimerkiksi naishoitajaa ei välttämättä arvosteta vaan halutaan paikalle miespuolinen lääkäri tms."	Sukupuolieroihin kohdistuva ongelma
"...häpeän kokemukset, jotka liittyvät sairauksiin kuten kehitysvammaan, epilepsiaan"	Häpeä joitain sairauksia kohtaan
"Eri kulttuurista tulleilla on esim. tabuja asioita mistä ei voi puhua tai mitä pitää salata"	Erilaiset tabut asioista

(jatkuu)

"Joissain kulttuureissa tunnutaan suosivan antibioottihoitoa hoidossa kuin hoidossa. Täällä antibiootteja ei kirjoiteta esim. vatsatautiin ja se aiheuttaa hämmennystä ja tunteiden paloa"	Erilainen suhtautuminen lääkehoitoon
"...joskus odotukset sen suhteen mihin lääketiede pystyy ovat epärealistiset"	Epärealistiset odotukset lääketiedettä kohtaan
"Kokevat kaikkien vaivojen olevan kii-reellisiä, eivätkä ymmärrä, vaikka asiaa heille selitetään"	Tiedon puute sairauksista
"Joillekin kulttuureille on hankala uskoa, että sairaanhoitajalla on pätevyyttä antaa ohjeita ja tietoa, eli omassa kulttuurissa vain lääkäri tietää"	Hankaluus uskoa sairaanhoitajan päte-vyyteen
"Muista kulttuureista tulevat usein anta-vat ymmärtää, että ymmärtävät asian, vaikka eivät ymmärtäneet yhtään mitään"	Epävarmuus ymmärtämisestä
"Potilaan ja perheen taustojen ymmärtä-minen, esim. pakolaiset nähneet paljon kauheuksia ennen Suomeen saapumista"	Taustojen ymmärtäminen

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Kommunikointi ilman yhteistä kieltä	Kieleen liittyvät haasteet	Monikulttuuriseen hoitoon liittyvät haasteet
Monikielisten potilasohjeiden puuttuminen		
Kommunikointi ilman tulkkia		
Tulkin huono saatavuus		
Taustojen ymmärtämättömyys	Kulttuurisen tiedon puute	
Tiedon puute ja epävarmuus vieraasta kulttuurista		
Eri kulttuurien uskomukset		
Terveystieteeseen ja sairauksiin liittyvä tiedonpuute		
Erilaiset hoito-ohjeet sairauksiin	Hoitoon kohdistuvat odotukset	
Häpeä sairauksista		
Kivun erilainen arvioiminen		
Naishoitajien arvostamattomuus		
Lääketieteeseen kohdistuvat odotukset		
Lääkehoitoon kohdistuvat odotukset		
Epäluottamus hoitohenkilökuntaa kohtaan		
Sukupuoleen liittyvät toiveet		

<p>Hoitajien negatiiviset asenteet ja ennakkoluulot</p> <p>Potilaiden negatiiviset ja ennakkoluuloiset asenteet</p>	<p>Hoitohenkilöstön ja potilaiden asenteet</p>	Monikulttuuriseen hoitoon liittyvät haasteet
<p>Perheen ja suvun rajattu osallistuminen hoitoon</p> <p>Perhekeskeisyyden näkyminen hoitotyössä</p>	<p>Läheisten osallistuminen hoitoon</p>	
<p>Aikatauluissa pysyminen</p> <p>Lyhyet vastaanottoajat</p> <p>Aikataulujen noudattaminen</p> <p>Erilainen aikakäsitys</p> <p>Ohjeiden noudattaminen</p>	<p>Ajankäyttö ja aikataulujen noudattaminen</p>	
<p>Kulttuurien ymmärtämisen puute</p> <p>Tiedon puute</p> <p>Koulutuksen tarve</p> <p>Itseopiskelun mahdollistaminen</p>	<p>Koulutuksen lisääminen</p>	
<p>Materiaali kielitaidon ylläpitoon</p> <p>Kulttuuriin liittyvää tietoa helposti saataville</p>	<p>Materiaalin helppo saatavuus</p>	Kehitysehdotukset
<p>Positiivisuutta hoitotyöhön</p> <p>Ennakkoluulojen vähentäminen</p>	<p>Asenteisiin puuttuminen</p>	
<p>Potilasohjeiden vähäisyys eri kielillä</p> <p>Opasteiden kääntäminen eri kielille</p> <p>Tulkkipalveluiden nopeuttaminen</p>	<p>Kielelliset avut ja ohjeistukset</p>	